

Libin (C.)

Den Boris. 1910.

405

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

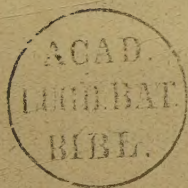
Isaïe LIBIN

Né à Ackermann (Russie), le 14 août 1882

LES

Fièvres continues tuberculeuses

CHEZ L'ENFANT



Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PERRIE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSEIME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MA FEMME

A MA FILLE VITIA

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin à l'Hôpital des Enfants-Malades

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

LES
Fièvres continues tuberculeuses
CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

L'étude des fièvres continues tuberculeuses est encore peu avancée chez l'enfant. Elle a beau avoir été abordée par Rilliet et Barthez, puis traitée d'une façon très complète par le professeur Landouzy, qui a créé le nom de *typho-bacillose*, les accidents qu'elle englobe sont encore très mal connus de la majorité de médecins. Aussi avons-nous pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à la prendre comme sujet de notre thèse inaugurale.

Il suffit de quelques recherches bibliographiques pour montrer que la typho-bacillose est depuis longtemps connue. Nous avons donc cru bon, dans un premier chapitre, de rappeler les noms des auteurs qui se sont occupés de la question et de résumer, à grands traits, l'opinion qu'ils ont professée sur le

sujet qui nous occupe. Quatre noms sont à retenir dans ce chapitre d'*historique* : ce sont, par ordre chronologique, Rilliet et Barthez, Landouzy, Aviragnet et Filatow. Dans un second chapitre, nous analysons les *conditions étiologiques* qui président au développement de la typho-bacillose pour arriver à conclure avec le professeur Hutinel, que, de toutes les causes invoquées par les auteurs, il n'y en a qu'une qui possède une réelle importance : ce sont les adénopathies trachéo-bronchiques. L'*étude anatomique* nous conduit aux mêmes résultats. Enfin, dans un chapitre purement *clinique*, nous examinons la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la typho-bacillose.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous nous faisons un plaisir et un devoir de témoigner hautement toute notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont prodigué avec tant de bonté leur enseignement et leurs bons conseils.

Par son enseignement plein d'expérience, par ses démonstrations quotidiennes au lit des malades, M. le professeur Hutinel, dont nous fûmes longtemps l'élève, a fait notre éducation de médecine infantile. Nous sommes heureux et fier de lui adresser l'hommage de notre reconnaissance et de notre respectueuse affection. Nous le remercions pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous remercions MM. les professeurs Reclus, Debove, M. le professeur agrégé Teissier qui nous

ont initié aux grandes théories chirurgicales et médicales et M. le professeur Pinard qui a contribué par ses leçons claires et brillantes à notre éducation obstétricale.

Un sentiment de grande reconnaissance ira aussi à M. le professeur Roger, qui nous a accueilli avec tant de bienveillance dans son service.

Nous avons le plus grand plaisir à exprimer ici toute notre gratitude à M. Mouchotte, ancien chef de clinique et à M. Paiseau, chef de clinique, qui ont bien voulu nous aider dans nos études cliniques de leurs conseils.

C'est à M. le Dr Baboneix, ancien chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, que nous devons le sujet de cette thèse et nous tenons à lui exprimer nos sentiments sincères pour les conseils qu'il nous a donnés dans notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire de la typho-bacillose est déjà fort ancienne et l'on pourrait, sans peine, retrouver dans les ouvrages antérieurs au XIX^e siècle des passages relatifs à l'infection tuberculeuse aiguë à forme typhoïde. Toutefois, il faut bien reconnaître que ce n'est que depuis 1850 environ que l'attention a été attirée sur cette maladie, d'abord par les médecins d'enfants, dont les descriptions méritent d'être rappelées.

Rilliet et Barthez consacrent, en effet, plusieurs chapitres de leur article sur la tuberculose aux accidents qui sont aujourd'hui englobés sous le nom de typho-bacillose. Leurs remarques ont d'autant plus d'importance pour nous qu'elle sont relatives, comme on le voit, à des jeunes malades et non pas à des adultes (1).

Au chapitre intitulé : *Diverses formes du début de la tuberculisation* ces éminents observateurs

1. Rilliet et Barthez, *Traité clinique et pratique des Maladies des Enfants*, 2^e édit., t. III, p. 1854.

écrivent : « Les premiers symptômes qui annoncent le dépôt tuberculeux sont aigus ou chroniques. La distinction de ces deux formes, au début, est d'une haute importance. »

Début aigu. --- Un mouvement fébrile, parfois intense, plus souvent subaigu, caractérise cette forme : le pouls est accéléré et la chaleur assez vive. Ces deux symptômes s'accompagnent ou sont précédés de tristesse, et de diminution des forces et de l'appétit. L'enfant alors s'alite et l'on dirait les prodromes d'une affection fébrile aiguë.

D'autres fois le début fébrile prend une apparence typhoïde remarquable, c'est-à-dire qu'il est précédé pendant quelques jours de maux de tête, d'épistaxis, de dévoiement ou de constipation ; puis survient la fièvre accompagnée d'agitation, de cris, ou bien de prostration et d'abattement (p. 368).

Au chapitre suivant, Rilliet et Barthéz distinguent deux formes de tuberculose aiguë, la forme fébrile simple et la forme typhoïde (p. 371).

1° *Forme fébrile ou aiguë simple.* — L'enfant, couché indifféremment, mais surtout sur le dos reste dans son lit triste et grognon ; sa figure, légèrement colorée aux joues, mais pâle au pourtour du nez et des lèvres, exprime l'abattement et la souffrance ; le trait naso-labial est marqué et quelquefois aussi le plissement intersourcilier. La peau est chaude et sèche, ou même âcre et brûlante ; le pouls est accéléré, régulier, parfois plein, large et dur, plus souvent petit. La langue est humide, rouge sur les

bords ; l'abdomen est souple, indolent, à moins de maladie abdominale ; la soif est vive, l'appétit nul, il y a de la constipation ou du dévoiement. Parfois l'enfant se plaint, spontanément de céphalalgie ; pendant la nuit il ne dort pas, il est agité ; quelquefois il a du délire, tandis que, dans le jour, il peut être assoupi.

Ces symptômes persistent ou s'accroissent ; l'enfant dépérit rapidement. Les yeux se lassent et sont cernés ; les paupières et les narines sont croûteuses, les lèvres sèches, la langue reste ordinairement humide ; le dévoiement s'établit et persiste ; les forces se dépriment de plus en plus, l'agitation peut être remplacée par un délire persistant. Ce symptôme manque souvent, et alors il y a des criaileries ou de l'assoupissement, ou même de la raideur dans les membres.

Cet état, après avoir persisté ou augmenté pendant un temps plus ou moins long, conduit le malade à la mort, sans autres phénomènes, à moins qu'une complication aiguë ne vienne imprimer aux symptômes une marche encore plus rapide et plus fébrile.

Comme variété de cette forme, on doit remarquer que l'appareil fébrile est loin d'être toujours aussi intense, et que, surtout lorsque la tuberculisation n'est pas très générale, les symptômes locaux acquièrent une plus grande valeur.

2^o *Forme fébrile typhoïde.* — Les caractères de la maladie, analogues aux précédents, offrent cepen-

dant quelques différences ; ainsi la figure est plus abattue et présente une véritable stupeur ; la prostration est plus marquée ; les narines sont sèches et pulvérulentes ; une infiltration sanguine se fait par les gencives, qui deviennent, en même temps que les dents, noires et fuligineuses ; la langue a une plus grande tendance à se sécher ; elle est collante, ou même sèche et ratatinée ; et en même temps sur ses bords ou dans sa totalité ; rarement, elle reste complètement humide ; l'abdomen est gros, tendu, ballonné, douloureux à la pression. Rarement, on trouve des taches lenticulaires ou, si elles existent, elles sont petites, peu nombreuses, mal dessinées et de peu de durée. Le délire peut être intense et continu ; d'autres fois l'oppression est très grande, bien que l'auscultation ne révèle peu ou pas de symptômes d'une maladie thoracique.

Il peut arriver que les phénomènes typhoïdiques durent pendant tout le temps de la maladie ; d'autres fois, au contraire, ils se manifestent soit dans le cours, soit à la fin de la forme fébrile simple, et ne durent alors que quelques jours. Nous donnerons à la fin de ce chapitre, une observation détaillée, dans laquelle on verra une tuberculisation aiguë représentée sous la forme que nous venons de décrire.

Le Dr Hervieux qui a observé cette forme chez 7 enfants, âgés de onze à vingt-trois mois, a donné la description de deux variétés : l'une, légère, l'autre très caractérisée et qui peuvent répondre à nos deux formes fébrile et typhoïde. Il attache avec raison, une

grande importance à cet aspect typhoïde proportionnellement plus fréquent dans l'enfance qu'à tout autre âge de la vie.

On jugera de l'importance que le médecin attache aux symptômes typhoïdiques par les lignes suivantes qui terminent sa description :

« Il n'y a qu'un ordre de symptômes au moins chez les enfants phtisiques que j'ai pu observer, que je n'ai rencontrés dans aucune autre affection, ce sont ceux qui caractérisent l'état typhoïdique des fuliginosités de la langue et des lèvres, de taches lenticulaires et de l'odeur de souris. Je me trompe, je les ai vus coïncider avec la diathèse gangréneuse ; mais alors les signes de cette maladie sont tellement palpables que l'erreur est impossible.

» Je ne voulais pas contester la possibilité de l'existence de l'état typhoïde chez les enfants à la mamelle, mais je déclare que, sur plus de 1000 sujets au-dessous de deux ans qui me sont passés par les mains à l'hospice des Enfants-Trouvés, je n'ai jamais eu occasion de l'observer en dehors de ces deux diathèses gangréneuse et tuberculeuse. En admettant même cette possibilité, ce serait au moins chose fort rare et l'on ne courra pas grand risque d'affirmer la phtisie chez un enfant à la mamelle, lorsqu'il tombera dans la prostration, dans la stupeur, quand la langue et les lèvres deviendront fuligineuses, quand on découvrira sur le tronc des traces d'une éruption rosée.

» Le simple abattement qu'on observe chez quel-

ques jeunes enfants joint à une certaine expression de souffrance, à l'émission de cris plaintifs étouffés ne suffiraient pas pour se prononcer d'une manière aussi positive. »

Citons enfin les réflexions relatives au *diagnostic* (p. 379).

En mettant de côté le cas où il existe, dès l'abord, des symptômes locaux, indice de la maladie d'un organe en particulier, le début fébrile de la tuberculose se reconnaîtra à la médiocre intensité de la fièvre, à sa persistance pendant dix et quinze jours et plus sans qu'aucun symptôme local vienne s'ajouter à l'appareil fébrile. Alors, n'ayant plus à redouter une maladie éruptive, ni une inflammation locale aiguë, on doit supposer une tuberculisation générale ; ce n'est donc que pendant le cours de la maladie qu'on peut avoir quelques données sur le diagnostic, celui-ci sera plus certain, si les symptômes qu'on observe ont succédé à la rougeole, ou si les antécédents du petit malade sont favorables au développement du produit accidentel. Nous disons qu'on doit alors soupçonner une tuberculisation aiguë générale, car il est bien rare de voir une autre affection de l'enfance, qui, avec une marche aiguë ou subaiguë, ne donne pas lieu, au bout de dix à quinze jours à des symptômes locaux assez tranchés pour indiquer plus ou moins positivement sa nature.

Cependant, nous avons observé en ville des états fébriles, sans symptômes locaux évidents, qui ont

duré pendant plus de trois semaines. Les diathèses catarrhale et rhumatismale produisent quelquefois les maladies innommées et trompeuses et c'est à elles plutôt qu'à une tuberculisation que nous avons été tentés de rapporter un appareil symptomatique qui finissait par céder à une médication appropriée, après nous avoir donné bien de la sollicitude.

Enfin, en chapitre *Diagnostic*, ces auteurs écrivent :

Lorsque la maladie revêt, à son début, la forme typhoïde, il est des cas où l'erreur est à peu près impossible à éviter et où l'on doit croire à l'existence de la dothiéntérie. La courbature, la lassitude, la céphalalgie, les épistaxis, les douleurs abdominales, le ballonnement, le dévoiement, la sécheresse de la langue, la fièvre, avec ardeur à la peau, l'agitation, le délire, la toux, existent dans les deux maladies. Ce qui augmente la difficulté du diagnostic, c'est que non seulement les symptômes, pris à part, se ressemblent, mais c'est qu'ils forment, par leur association et leur enchaînement deux tableaux presque identiques. Cependant le pouls, dans la tuberculisation générale aiguë a un caractère spécial que l'on ne retrouve pas dans la fièvre typhoïde.

Nous en dirons autant du gargouillement persistant pendant plusieurs jours de suite, et de la saillie peu considérable de la rate. Le râle sibilant très aigu et très général est aussi presque spécial à la dothiéntérie ; nous disons presque, parce que l'éruption granuleuse pulmonaire peut s'accompagner

d'une bronchite qui donne lieu au même symptôme.

L'appareil symptomatique ne fournissant pas toujours toutes les lumières désirables, le médecin doit s'éclairer par les antécédents du malade. La prédisposition tuberculeuse rendue probable par l'hérédité et par la constitution de l'enfant, une période prodromique caractérisée par quelques-uns des symptômes du début de la forme chronique, la contagion ou l'épidémie, la constitution médicale régnante, sont les circonstances les plus importantes à bien connaître et à bien apprécier.

L'incertitude du diagnostic peut persister pendant plusieurs semaines, et nous avons vu des cas où nous n'avons été éclairé que par la localisation de la maladie qui indiquait que nous avions affaire à une tuberculisation, ou par la terminaison favorable qui démontrait qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde.

Hérard et Cornil, dans leur classique *Traité de la Phtisie pulmonaire* (1867), envisagent, eux aussi, la question du diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et la phtisie granuleuse fébrile. Il faut remarquer que, dans cette dernière affection, les taches rosées ont été signalées par des observateurs tels que Rilliet et Barthez, Colin, mais qu'elles sont alors peu nombreuses, petites, mal dessinées et de courte durée. Le délire, dans la phtisie granuleuse, est peu prononcé, tardif, fugace ; on ne constate, dans les cas parus, ni céphalée, ni étourdissement, ni bourdonnement d'oreilles, ni carphologie. La prostration n'est pas très prononcée, la diarrhée rare ; il

n'y a ni gargouillement iliaque, ni ballonnement du ventre, la matité splénique est médiocre ; par contre, la matité hépatique est accrue dans de notables proportions ; l'oppression est très marquée, la toux, fréquente, quinteuse, très pénible, l'expectoration abondante et caractéristique. Cependant, malgré tout, « il est des cas dans lesquels le diagnostic est d'une extrême difficulté et l'erreur presque inévitable ». Des médecins distingués ont pris une phtisie granuleuse fébrile pour une fièvre typhoïde. Leur erreur s'explique d'autant mieux que dans la plupart de ces cas, la phtisie pulmonaire s'accompagnait de tuberculisation abdominale et encéphalique. « Alors le médecin se trouve en face d'une affection fébrile qui, comme la fièvre typhoïde, présente des symptômes thoraciques (toux, dyspnée, râles sibilants et sous-crépitaunts), des symptômes abdominaux (douleur, ballonnement du ventre, diarrhée), des symptômes cérébraux (céphalalgie, délire, bourdonnements d'oreilles.) » Des cas de ce genre ont été relatés par Welsche (*a practical treatise on the diseases of the lungs and heart*, 1851, p. 409), Rilliet et Barthez, Thiriell (*Journal de Médecine de Trousseau*, 1844, p. 129), Gosset, Colin, et Empis. Ce dernier auteur a insisté sur l'hyperesthésie cutanée, caractéristique de la granulie ; la plupart des médecins qui se sont occupés de la question déclarent que, chez l'enfant atteint de granulie, les symptômes cérébraux sont presque toujours prédominants ; céphalalgie, état grimaçant de la face, plaintes, cris hydroencépha-

liques, vomissements, contractures, photophobie, mydriase.

En 1874, un médecin de Toulouse, Bonnemaïson, attire l'attention, dans sa *Clinique Médicale*, sur la forme de tuberculose dont nous nous occupons ici. Parlant de la phthisie à début larvé, il en cite un cas topique.

« Nous avons un exemple de cette forme au n° 36 de notre salle de clinique. Le malade était déjà venu une première fois atteint de ce qu'on a appelé une fièvre catarrhale ou muqueuse. Ce bouc émissaire de beaucoup d'erreurs pathologiques dont on abuse à tout propos, et dont le Dr Fuster a voulu faire une enquête morbide, quelque peu disparate à mon avis. Il revient dans nos salles, il y a un mois et demi environ, et, cette fois, nous avons pu l'observer ensemble. Au début, nous avons constaté de la fièvre, avec prédominance de symptômes abdominaux (ballonnement du ventre, douleur à la pression et gargouillement dans la fosse iliaque droite), et en même temps, des douleurs fixes à la base de la poitrine, sans toux ni dyspnée. J'auscultai la poitrine dans toute son étendue avec beaucoup de soin ; il n'y avait aucun signe manifeste d'affection thoracique, et pourtant les allures de cette fièvre d'apparence typhoïque avaient quelque chose de peu rassurant. Aussi, Messieurs, vous pouvez vous souvenir que bien avant l'apparition d'aucun signe stéthoscopique, comme il me répugnait d'admettre une récurrence à court intervalle d'une fièvre qui récidive rarement, je vous

disais : une tuberculose pulmonaire germe sous cette fièvre d'emprunt ; bientôt elle éclatera. J'eus bientôt la preuve de mes soupçons. Vers le 20 avril, les symptômes généraux, les symptômes abdominaux s'amendèrent ; les signes thoraciques prirent le dessus, et, maintenant vous pouvez vous en convaincre la tuberculose est en pleine voie d'évolution. Le fait est sensible, même pour le moins expérimenté. Vers le 30 du même mois, ce malade que la fièvre n'avait pas quitté un seul instant, sortait de l'hôpital, effrayé, ainsi que ses parents, de la marche rapide que prenait l'affection. En effet, la respiration devenait de plus en plus difficile ; il était évident que le malade asphyxiait et qu'il n'avait plus que quelques jours à vivre.

Les tubercules étaient, du reste, en voie de ramollissement, les points pleurétiques s'étaient multipliés dans toute l'étendue de la poitrine.

Ces exemples, Messieurs, vous les trouverez indiqués par tous les cliniciens ; mais ils sont assez rares et surtout très difficiles à reconnaître. Dans un mémoire devenu classique, le D^r Leudet de Rouen, en cite quelques cas ; il s'en trouve un dans l'ouvrage de Hérard et Cornil ; Pidoux, à son tour, cite deux observations où la phtisie se montra sous la forme typhoïde, mais d'une manière plus accusée encore que chez notre malade. Un de ces cas est si remarquable que Trousseau, malgré son habileté et sa vaste expérience le méconnut ; dans le deuxième, le D^r Pidoux ne s'y trompe pas, mais il dit que, moins

attentif, ou moins expérimenté, il aurait pu facilement commettre une erreur. Il s'agissait d'une religieuse qu'on aurait soumise à un examen médical avant de lui faire prononcer ses vœux. Moi-même, j'ai vu deux cas de ce genre en ville. Je vous parle, Messieurs, de ma pratique civile ; car vous ne resterez pas toujours dans les hôpitaux ; vous n'êtes pas destinés à faire uniquement de la clinique hospitalière ; vous ferez aussi de la clinique de ville, et il faut que vous soyez initiés aux formes diverses de maladies que vous rencontrerez rarement dans les hôpitaux et que vous trouverez plus fréquemment dans la clientèle. »

M. le professeur Landouzy a créé le terme de typho-bacillose et a consacré à l'étude de cette affection de nombreux et remarquables travaux (1). Il n'est que juste de déclarer ici que c'est à lui surtout et aux recherches de ses élèves, Aviragnet (2), Landouzy (3), Gougerot (4), que nous sommes redevables des quelques connaissances que nous possédons actuellement sur ce sujet.

Parmi les classiques, Filatow est un de ceux qui ont le mieux étudié les cas auxquels nous consacrons

1. Landouzy, *Cliniques de la Charité*, 1883, 1884, 1885, 1886 ; *Semaine médicale*, 1891, 3 juin ; Congrès de la tuberculose, 1891 ; *Presse Médicale*, 1908, 24 octobre.

2. Aviragnet. Th. Paris, 1893.

3. Landouzy et Lœderich. « Sur une forme subaiguë de septicémie tuberculeuse ». *La Presse médicale*, 1908, 29 juillet, n° 61.

4. Gougerot. « La typho-bacillose de Landouzy. Diagnostic bactériologique à la période d'état ». *La Presse Médicale*, 1908, août ; *id.* « Reproduction expérimentale de la typho-bacillose ». *Revue de médecine*, 1908, juillet.

ce travail. Dans son livre intitulé *Diagnostic et Séméiologie des Maladies de l'enfance* (trad. Périer), il revient, à plusieurs endroits, sur cette intéressante question de la typho-bacillose infantile. Il distingue, comme la plupart de ses prédécesseurs, deux formes de tuberculose miliaire : une aiguë et une subaiguë.

Forme typhoïde.— La forme typhoïde ou aiguë débute, à l'instar de bien d'autres processus infectieux, par une fièvre à apparition assez brusque, suivie bientôt de toux. Or, ce qui est particulièrement caractéristique, c'est que le malade présente une respiration extrêmement accélérée (chez des enfants du second âge : 50 à 60 ; chez les plus jeunes, 80 à 90 mouvements respiratoires par minute), bien que les résultats à la percussion soient négatifs et que, à l'auscultation, on ne constate que des symptômes de bronchite moyenne sous forme d'un murmure vésiculaire renforcé et de râles insignifiants. Plus tard, à mesure que le catarrhe des bronches s'accroît, des râles à petites et moyennes bulles font leur apparition, de même que la dyspnée. La fièvre augmente progressivement d'intensité, affecte le plus souvent un type irrégulier, et est accompagnée, au cours de son évolution ultérieure, de différents phénomènes propres à la forme grave de la fièvre typhoïde, tels que langue rôtie, dents couvertes d'un enduit fuligineux, perte partielle de connaissance, délire, prostration. Le tableau clinique présente, en général, la plus grande analogie avec celui de la fièvre typhoïde compliquée de bronchite capillaire. Cette

analogie s'explique par le fait que, dans les deux maladies, les symptômes isolés, autant que le groupement de l'ensemble du système, concourent à fournir des résultats égaux. L'incertitude du diagnostic peut persister jusqu'à la mort du malade et ne sera levée que par l'autopsie.

Dans bien des cas, le diagnostic est cependant possible, et il est basé d'une part sur les données anamnestiques ayant trait à la tuberculose en général, et d'autre part sur les symptômes de la maladie actuelle.

Antécédents.— Dans tous les cas où on signale une affection de nature tuberculeuse, de quelque forme que ce soit, il est indispensable de rechercher dans l'anamnèse les indices d'une prédisposition héréditaire, de se renseigner sur la santé des frères et des sœurs, sur la présence de la scrofule dans la famille, de rechercher le rachitisme (au cours des premières années de la vie) et les indices de la période prodromique, manquant rarement s'il s'agit de tuberculose (voir méningite tuberculeuse). Cette période a aussi une durée plus longue que dans la fièvre typhoïde.

Symptômes.— Au point de vue des symptômes, il faut se rappeler que, lorsque chez un malade à diagnostic douteux et présentant le tableau de la fièvre typhoïde grave, on constate la tuméfaction récente de la rate et les taches rosées lenticulaires, il n'y a pas lieu d'hésiter sur le diagnostic de fièvre typhoïde et l'on peut éliminer la tuberculose, surtout si la rate

est augmentée de volume au point de devenir perceptible au palper, car la rate envahie par la granulation tuberculeuse n'augmente que fort peu de volume. La rate est d'autant plus hypertrophiée que la fièvre typhoïde est plus grave (or, la forme aiguë de tuberculose simule généralement la fièvre typhoïde).

On peut, par conséquent, admettre comme règle que, en l'absence d'une tuméfaction splénique nettement perceptible, il faut, malgré la fièvre très intense, accompagnée de délire et de toux et malgré la concomitance d'autres phénomènes typhiques nettement prononcés, établir le diagnostic avec une extrême prudence, en ne perdant jamais de vue la possibilité d'une tuberculose aiguë.

Nous avons encore plus le droit de soupçonner l'existence de cette dernière, lorsque, en l'absence de symptômes indiquant la fièvre typhoïde (tuméfaction de la rate, taches rosées, diarrhée) il existe des phénomènes parlant contre elle. Il m'est arrivé que n'ayant pas observé cette règle au début de ma carrière hospitalière, j'ai commis une erreur de diagnostic au premier cas de tuberculose miliaire aiguë que j'ai rencontré. Je fus donc désagréablement surpris à l'autopsie, n'ayant même pas soupçonné l'existence de cette maladie.

Signes différentiels.— Les symptômes plaidant contre la fièvre typhoïde et en faveur de la tuberculose peuvent être les suivants :

Les caractères de la fièvre : la fièvre, dans la

granulie aiguë, peut revêtir la forme de chacun des types fébriles, même celui de la fièvre continue rémittente, telle qu'on l'observe dans la dothiéntérie, ce qui a lieu précisément lorsque le diagnostic est très difficile. La hauteur de la température peut seulement ici avoir quelque importance : lorsque la température du matin se maintient pendant plusieurs jours de suite au-dessus de 40 degrés, ce fait parle déjà, à lui tout seul, contre la fièvre typhoïde. Encore plus caractéristiques sont, d'une part, les oscillations très étendues et non motivées du tracé thermique que l'on rencontre si souvent, dans la tuberculose, marquant, par exemple, 37° 5 le matin et 40 degrés le soir, et d'autre part le type inverse de la fièvre coïncidant avec des transpirations fréquentes et abondantes, et avec un pouls très fréquent. (Dans la fièvre typhoïde, comme nous l'avons déjà dit, il n'est pas rare que le pouls soit relativement ralenti, surtout pendant les premiers quinze jours.) Les phénomènes respiratoires, dans la granulie, ont ceci de particulier que le « malade est souvent tourmenté par la dyspnée et par une toux sèche, très pénible, bien que les résultats de l'examen physique du thorax soient négatifs ». Le pâleur particulière à reflet violacé du visage et l'hyperesthésie du thorax sont encore des signes de présomption en faveur de la granulie, l'existence de granulations sur la choroïde, un signe de certitude. De même la constatation de bacilles dans l'urine.

La forme subaiguë de la tuberculose miliaire

évolue soit complètement sans toux, soit avec des phénomènes de bronchite moyenne : mais, quoi qu'il en soit, il n'existe pas, en tout cas, de dyspnée ni même d'accélération de la respiration. Cette forme de tuberculose se manifeste principalement, par un mouvement fébrile qui oscille entre 38 degrés et 38°5 le matin et 39 degrés à 39°5 le soir. Les symptômes locaux peuvent faire complètement défaut, l'enfant n'est pas alité, son appétit est en partie conservé ; en somme, il ne produit pas l'impression d'être gravement ou même sérieusement malade. Le médecin, ne découvrant pas d'affection locale, pouvant expliquer la fièvre, s'arrête à la présomption d'une forme légère de dothiéntérie ; mais à l'encontre de son pronostic, la fièvre se prolonge au delà de quatre semaines, jusqu'à ce que finalement, l'apparition d'une pneumonie ou d'une méningite tuberculeuse vienne éclaircir le diagnostic.

Diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde. — Le diagnostic différentiel entre la tuberculose subaiguë et la forme légère de la fièvre typhoïde est très difficile pendant les premiers quinze jours : l'absence d'hypertrophie de la rate, l'absence de diarrhée et de taches rosées lenticulaires ne prouve absolument rien, car chacun de ces trois symptômes peut faire défaut dans la fièvre légère. Néanmoins, au lit du malade, on peut presque toujours, sinon affirmer, du moins admettre avec de grandes chances de ne pas se tromper, qu'il ne s'agit pas de fièvre typhoïde, mais de tuberculose en se basant

notamment sur le fait que la tuberculose latente se développe rarement chez des enfants antérieurement très bien portants, et que, par contre, elle est presque toujours consécutive à quelque maladie catarrhale ou catarrhale et fébrile simultanément, telle que la coqueluche, la rougeole, la grippe. Dans les cas typiques, qui constituent la majorité, les choses se passent généralement de la façon suivante : l'enfant, issu d'une famille tuberculeuse, ou atteint de rachitisme pendant les premières années de sa vie (retard dans l'éruption des dents et dans la marche, pendant la première année, tendance à la transpiration, diarrhées, bronchites répétées, actuellement trace de rachitisme du côté de la loge thoracique, etc.), tombe malade et présente une des maladies que nous venons de citer, la rougeole, par exemple, parvenu au terme de la maladie, on remarque que la convalescence n'est pas franche. L'enfant mange fort peu ; il est déprimé, présente un peu de fièvre le soir, bien que la toux ait à peu près ou complètement disparu. Suivant le conseil du médecin, on prend la température d'une façon systématique, et l'on constate que le petit malade est réellement atteint d'une fièvre dont le tracé rappelle exactement celui de la fièvre typhoïde. Toutefois, la circonstance que la maladie ne s'est pas produite en pleine santé, mais a suivi de près la rougeole ou la grippe, rend extrêmement vraisemblable que la cause de la fièvre réside dans la tuberculose.

Au cours ultérieur de la maladie, le diagnostic

sera éclairé, même sans l'éclosion d'une méningite, simplement par la très longue durée de la fièvre, beaucoup trop prolongée pour une fièvre typhoïde.

Dans d'autres cas, on réussira à éclairer le diagnostic, encore bien plus tôt, à l'aide des résultats de l'examen ophtalmologique (tubercules de la choroïde) quant au caractère de la fièvre, celle-ci affecte généralement le type continu, rénitent, donc le même que la fièvre typhoïde ; mais elle s'en distingue par l'irrégularité plus accusée, de la courbe. Caractéristiques surtout sont : les élévations brusques et très considérables, non motivées de la température qui se maintient haute pendant un ou deux jours. Également suspectes sont : les sueurs répétées, nocturnes ou diurnes, presque quotidiennes. Il est impossible, même à l'aide des moyens artificiels, de provoquer la sudation à la période d'état de la fièvre typhoïde, et l'efficacité complète de la médication par la quinine ; (cette dernière notion a une importance toute particulière, au point de vue du diagnostic différentiel avec la forme palustre, dans le cas de tuberculose évoluant avec un type à fièvre intermittente).

Le diagnostic de la typho-tuberculose n'implique nullement un pronostic absolument fatal, car il est hors de doute que des cas de fièvre très prolongée et attribuée d'après les symptômes concomitants à la tuberculose, aient été néanmoins suivis de guérison. Cette terminaison heureuse s'observe en particulier sous l'influence du traitement climatique, et de

même lorsqu'on échange, par le séjour à la campagne, le séjour à la ville. Il est évident que les malades sont toujours exposés à avoir, à la moindre occasion une nouvelle poussée de tuberculose, sous une de ses formes multiples — les cas ne sont point rares dans la pratique.

Une description à laquelle il convient de réserver une place toute spéciale, c'est encore celle d'Aviragnet dans le *Traité des Maladies de l'Enfance*. Elève de M. Landouzy, cet auteur a étudié, dans sa thèse la tuberculose du nourrisson. Il était donc particulièrement désigné pour traiter la question de la typho-bacillose. Voici ce qu'il en dit.

Quand la tuberculose, à ses débuts, prend les allures d'un embarras gastrique fébrile, elle se caractérise par de la fièvre, par un état de lassitude générale, par de l'anorexie. Après une période de huit à quinze jours, les phénomènes aigus s'amendent, et l'on note souvent l'apparition de quelques signes du côté du poumon, ou bien l'enfant va en s'amaigrissant, et après une période plus ou moins longue, la tuberculose s'affirme. D'autres fois, avons-nous dit, la tuberculose, à ses débuts, revêt la marque d'une dothiéntérie. Ce début fébrile, à forme de fièvre typhoïde, est aujourd'hui bien connu en clinique. Il a été décrit tout particulièrement par le professeur Landouzy sous le nom de typho-bacillose, de fièvre bacillaire pré-tuberculeuse à forme de fièvre typhoïde, par Pistre et Jeannel sous le nom de fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë.

La fièvre continue d'origine tuberculeuse se distingue par quelques particularités de la fièvre continue de la dothiéntérie. Les oscillations thermiques, sans être étendues sont plus considérables que dans la fièvre typhoïde, avec des irrégularités d'un jour à l'autre, d'une semaine à l'autre (Landouzy, Pistre). La dissociation du pouls et de la température est un fait presque normal. Le pouls est, à égalité de température, plus élevé dans la typho-bacillose que dans la fièvre typhoïde, tout en restant dans son élévation sans parallélisme avec la température tandis que, dans la dothiéntérie, à la période des oscillations stationnaires, l'état typhoïde est la règle, on voit des tuberculeux, avec une fièvre continue oscillant au voisinage de 40 degrés, présenter un état général relativement bon. Cette observation est surtout juste pour les enfants âgés qui réagissent comme les adultes. Elle ne l'est pas pour les jeunes enfants, qui supportent, sans en paraître incommodés, des températures de 40 degrés et plus dans la dothiéntérie.

M. Aviragnet étudie ensuite la température chez l'enfant tuberculeux et reproduit à ce sujet les conclusions de P. Simon.

D'après cet auteur, la fièvre tuberculeuse se manifeste suivant plusieurs types :

1° *Type intermittent*. — La température, normale le matin, s'élève le soir ; la courbe thermique figure ainsi un tracé à oscillation régulière. Cette fièvre muqueuse intermittente quotidienne diffère de la fièvre palustre

dont les accès ont lieu le matin, et se manifestent avec les trois stades classiques : frissons, chaleurs, sueurs. Cette fièvre tuberculeuse se montre au début de la tuberculose aussi bien que pendant la période d'hecticité. Elle paraît bien être en rapport avec l'infection bacillaire et ne pas être sous la dépendance d'une infection secondaire. Les oscillations sont tantôt très grandes, tantôt au contraire petites. Il y a, de ce fait, deux variétés de fièvre intermittente tuberculeuse : forme à grandes oscillations, forme à petites oscillations. Parfois les grandes, et les petites oscillations, se combinent pour former un type mixte.

2° *Type continu.* — Ce type s'observe dans la granulie à forme typhoïde, ou bien, comme nous le verrons plus loin, au début de la tuberculose (typhobacillose, fièvre continue pré-tuberculeuse du professeur Landouzy).

3° *Type mixte.* — Dans ce type, la fièvre continue et la fièvre à oscillations intermittentes se succèdent.

4° *Type irrégulier.* — Dans ce type, la température affecte des formes irrégulières ; à une période de fièvre continue succède une période d'apyrexie ou de fièvre intermittente avec rémission tantôt vespérale tantôt matinale. Parfois la rémission matinale est si constante que certains auteurs Wunderlich, Brunniche de Copenhague, Rühle, ont pensé que ce type caractérisait la tuberculose. Mais d'autres auteurs ont rencontré ce type inverse en dehors de la tuberculose et G. Sée, Reinhold, le déclarent exceptionnel,

rare dans la tuberculose miliaire aiguë. Unger (1) écrit :

« D'une manière plus ou moins aiguë, parfois même impétueuse, se développe un état général fébrile (40 à 41 degrés et davantage), à température très irrégulière.

Chez le même malade, l'ascension de la température rappelle celle que l'on observe dans la fièvre typhoïde ; puis, brusquement, la fièvre continue, intense, tombe, et la température normale se maintient pendant plusieurs jours, puis encore la courbe thermométrique montre des rémittences marquées. L'enfant est apathique ou somnolent ; parfois il est en proie au délire et se plaint de céphalalgie ; le sensorium se trouble et le petit malade tombe dans une prostration profonde. D'autres fois, la situation est telle que l'on ne peut dire avec certitude si l'on est en présence d'un cas de typhus, de tuberculose miliaire généralisée ou de méningite. »

Pour West (*Leçons sur les Maladies des Enfants*, trad. Archambault, p. 924), la tuberculisation généralisée à marche aiguë peut fort bien être prise pour la fièvre typhoïde, et la distinction entre les deux affections est souvent environnée de très grandes difficultés, particulièrement si on ne voit le malade que lorsque les symptômes sont devenus très intenses. Toutefois, même alors, nous pouvons trouver un

1. Unger, *Manuel de Pédiatrie*, trad. française de de Buck et de Moor, Paris 1896.

guide dans l'absence de taches rosées, dans le défaut de développement du ventre, souvent déprimé, et dans l'absence de diarrhée, qui, tout au moins dans les cas de tuberculose aiguë, ne se montre pas avant que les symptômes aient atteint un degré extrême d'intensité. L'auscultation fournira assez fréquemment de bonnes raisons pour soupçonner la nature réelle du mal, ou bien les antécédents fourniront quelques renseignements propres à le démasquer, mais je crois que, malgré le plus grand soin, il y aura tel cas où le doute durera quelquefois jusqu'à ce que l'autopsie vienne le dissiper. Et ailleurs, West remarque que, chez certains enfants tuberculeux, les symptômes prennent le caractère d'une fièvre : le délire devient fréquent et, à la fin, presque constant; la prostration extrême, la langue sèche et tremblante, les dents encroûtées de fuliginosités, le ventre tendu, sensible, ballonné, rendent le diagnostic avec la fièvre typhoïde presque impossible. Cette forme peut s'observer même chez les enfants à la mamelle.

MM. Hutinel et Lereboullet n'ont garde, enfin, d'oublier la typho-bacillose à laquelle ils consacrent un important chapitre, comme on peut s'en rendre compte par la citation qui suit (1) :

Dans certains cas, *forme atténuée* ou *forme fébrile simple*, l'abdomen reste souple, sans gros symptômes, la langue est nette, les symptômes pulmonaires sont

1. Hutinel, *Les Maladies des Enfants*, t. II. Asselit et Houreau, édit.

peu accentués. Il n'existe que de la fièvre révélant l'un des types décrits plus haut, assez irrégulière le plus souvent, coexistant avec un affaiblissement marqué ; il y a alors souvent quelques légers symptômes nerveux, et, notamment, une céphalée plus ou moins vive avec délire nocturne ; puis les symptômes s'accroissent, la diarrhée apparaît, le délire devient permanent ; la mort survient, parfois accélérée par des phénomènes méningés terminaux.

Que les signes s'exagèrent, et on a affaire à la *forme typhoïde*, très semblable comme courbe fébrile à une dothiéntérie classique, mais en différant souvent par une stupeur plus grande, par l'absence habituelle de taches rosées, par l'amaigrissement, précoce, par l'accélération extrême du pouls, par une dyspnée souvent intense, avec signes pulmonaires plus ou moins nets.

Hervieux, puis Rilliet et Barthez ont insisté sur l'existence possible de cette forme chez le nourrisson, et attachaient une importance particulière à l'aspect typhoïde, selon eux plus fréquent dans l'enfance qu'à tout autre âge de la vie.

L'irrégularité de la marche, tantôt rapide, entraînant la mort en quinze ou dix-huit jours, tantôt plus lente, jusqu'à soixante à quatre-vingts jours, permet, par l'évolution, le diagnostic avec la fièvre typhoïde, qui, d'ailleurs, peut être distinguée assez aisément grâce à l'ensemble des moyens de diagnostic dont nous pouvons disposer actuellement.

Mais, à côté de ces formes classiques, il en est

d'autres encore. Landouzy a soutenu que les enfants et surtout les nourrissons pouvaient succomber même avant l'écllosion des tubercules. « Chez les bébés, dit-il, l'infection tuberculeuse tend d'ordinaire à mieux garder son caractère de maladie générale et, parfois, ne pousse ni fort avant, ni profondément, la localisation. La fièvre tuberculeuse tue d'ordinaire les enfants du premier âge avant que de grosses localisations aient eu le temps de se produire ; parfois, les lésions sont d'ordre congestif simplement, d'aspect banal ; on a peine à rencontrer le bacille tuberculeux ; c'est qu'il n'est pas exceptionnel de voir la maladie s'arrêter à une étape prégranulique. » Les faits qui ont été décrits par Landouzy ainsi, sous le nom de « fièvre tuberculeuse infectieuse, suraiguë primitive », caractérisée par des symptômes généraux sans signe de localisation, semblent exceptionnels et difficiles à distinguer de certains cas de septicémie bronchique à évolution suraiguë (Hutinel et Claisse), de certains cas d'entérocolite à marche rapide.

Toutefois, leur existence semble peu contestable, si on les rapproche des faits expérimentaux de tuberculose septicémique à type Yersin, des cas récents, de Fernand Arloing de tuberculose expérimentale par le bacille homogène d'Arloing-Courmont, des faits de bacillémie tuberculeuse étudiés par Jousset. Une observation de Barbier est venue confirmer les faits antérieurs.

Plus fréquent est à coup sûr le type isolé sous le

nom de *typho-bacilliose* par Landouzy, et dans lequel, à la suite d'un débat nettement typhoïde, la maladie guérit mais laisse l'enfant avec des lésions de tuberculose à évolution plus ou moins lente. Son histoire vient d'être retracée à nouveau par Landouzy et son élève Gougerot qui l'a expérimentalement étudiée.

Récemment, nous observions une fillette de dix ans qui, après avoir présenté nettement presque tous les signes d'une fièvre typhoïde, entrain à l'hôpital où nous pouvions rectifier le diagnostic et porter celui de typho-bacilliose, confirmé par l'absence de séro-réaction typhique et au cours de la convalescence par la cuti-réaction et une réaction positive à l'injection sous-cutanée de tuberculine. L'enfant, depuis bien portant, a gardé des signes de tuberculose ganglio-pulmonaire discrète. De tels faits sont loin d'être rares.

D'Espine et Picot décrivent ainsi (p. 377) la forme intestinale de la tuberculose :

Dans quelques cas, ce sont les symptômes généraux qui prédominent ; l'enfant est atteint d'une infection tuberculeuse généralisée, sorte de fausse fièvre typhoïde rappelant de loin la forme typhoïde de la granulie des adolescents. Signalée par Rilliet et Barthez et par Hervieux, cette forme a été observée également par Landouzy et par Aviragnet un de ses élèves, dont nous résumons la description : « Maladie à marche rapidement mortelle caractérisée par l'amaigrissement, une diarrhée abondante et souvent fétide, avec ballonnement douloureux de

l'abdomen, se distinguant de l'entérite infectieuse vulgaire par l'intensité de la fièvre et de l'abattement typhoïde et de la dothiéntérie par l'absence de taches rosées et de la tuméfaction de la rate. Les poumons présentent un peu de submatité aux deux bases et des râles sous-crépitants, parfois du souffle ; mais les phénomènes ne sont pas assez accentués pour fixer le diagnostic. La recherche de la réaction de Widal a rendu des services dans les cas difficiles (1). »

M. Nobécourt, dans son *Précis de Médecine infantile* (1907), décrit : 1° la forme atténuée de la tuberculose (forme gastrique de Marfan, typho-bacillose de Landouzy), et 2° la forme grave, à forme typhoïde. Au début, l'enfant se plaint de courbature, de céphalalgie, d'insomnie, il maigrit rapidement et a des poussées fébriles passagères. Après une dizaine de jours, la fièvre apparaît et persiste ; elle n'a aucun type régulier, le pouls est fréquent, parfois dicrote. L'enfant accuse de la céphalalgie, souvent accompagnée de photophobie ; on note l'hyperesthésie de la peau et des muscles, surtout au niveau du thorax et du ventre. Il y a quelquefois de la toux, le plus souvent une dyspnée assez vive, parfois à paroxysmes nocturnes, de la tendance à la cyanose, l'auscultation ne décèle cependant que quelques râles. L'appétit est nul, la langue est humide, les vomissements sont assez fréquents ; il y a de la constipation, parfois

1. D'Espine et Picot, *Traité pratique des Maladies de l'enfance*, 6^e édit., 1900.

de la diarrhée, le ventre est souple, ou météorisé, ou rétracté ; le foie et la rate sont gros. L'évolution se fait par poussées entrecoupées de courtes rémissions. Généralement, la mort survient en une à cinq semaines, par adynamie, dans le coma ou par hémorragie.

D'après M. Apert (*Maladies des Enfants*. J.-B. Baillières, édit. *Formes cliniques de la tuberculose*) il faut distinguer (p. 152) :

Une *forme typhoïde* dont l'état général rappelle de très près celui d'un typhique, et il est souvent très difficile de faire le diagnostic entre cette forme de tuberculose et la dothiéntérie.

En faveur de la tuberculose sont l'hyperesthésie, la discontinuité de la fièvre, la présence du poulx, la polypnée, la pâleur, l'abord hostile, l'absence de taches rosées. Dans la dothiéntérie, le poulx est moins rapide que ne le comporte la température ; l'enfant est abattu, indifférent et non hostile ; les narines sont pulvérulentes et la langue est plus sèche que dans la tuberculose ; enfin les taches rosées sont très particulières à la fièvre typhoïde. On a signalé, il est vrai, quelques cas de taches rosées dans la granulie ; mais on les compte ; il faut, en outre, tenir compte des associations des deux maladies.

Les lésions de la tuberculose masquent alors celles de la dothiéntérie ; il faut le séro-diagnostic et les cultures pour mettre celles-là en évidence (Guinon) ; il est possible que les cas déjà anciens de granulie

avec taches rosées aient été des granulies associées. En pratique, quand il existe des taches rosées bien caractéristiques, on peut affirmer la dothiésentérie.

Une forme atténuée (typho-tuberculose d'Aviragnet, typho-bacillose de Landouzy, fièvre continue pré-tuberculeuse). L'évolution est celle d'une fièvre muqueuse, d'une fébricule d'une durée d'une huitaine ou d'une quinzaine de jours ; pendant ce temps, l'état du malade n'a rien de caractéristique, et quand il est guéri, rien ne permettrait de penser à une fièvre tuberculeuse, si l'évolution ultérieure ne montrait que cette fièvre a marqué le début d'une tuberculose chronique.

D'après Landouzy et Aviragnet cette fièvre passagère serait la manifestation d'une bacillémie et d'une granulie débutantes ; mais la plupart des granulations n'aboutiraient pas à un tubercule persistant, guériraient, et seuls quelques foyers évolueraient ultérieurement sous forme de tuberculose chronique. Il est possible que certaines fébricules guérissant complètement soient de même des granulies discrètes, curables (Landouzy).

M. le professeur Weill, de Lyon, dans son *Précis de Médecine Infantile* (coll. Testut) envisage ainsi le diagnostic entre dothiésentérie et granulie.

La granulie se distingue de la fièvre typhoïde par les irrégularités de la température qui subit, dans le bain, même tiède, des abaissements énormes, par l'amaigrissement rapide, par la dyspnée hors de

proportion avec les phénomènes d'auscultation au moins au début.

D'autre part, le même auteur donne la description suivante de la tuberculose généralisée aiguë.

C'est là une forme très importante de la tuberculose qu'il convient de décrire à part, en raison de ses analogies symptomatiques avec d'autres infections, telles que la fièvre typhoïde et l'embarras gastrique fébrile. En fait, nous croyons que la tuberculose aiguë répond toujours à la production de granulations plus ou moins abondantes. Landouzy frappé de la prédominance des phénomènes généraux sur les phénomènes locaux, de la discrétion de l'éruption granulique en regard des altérations viscérales diffuses telles qu'en produisent d'autres infections, avait admis l'existence d'une infection tuberculeuse sans édification de granulations et la considérait comme la phase prégranulique de la tuberculose. La découverte de produits toxiques sécrétée par le bacille et agissant à distance comme la tuberculine (Koch), ou à proximité comme les extraits éthérés et chloroformique (Auclair) ont apporté à la question des éléments nouveaux d'interprétation qui commandent actuellement une grande réserve dans les observations pathogéniques. Il n'en est pas moins vrai que sur le terrain clinique, le diagnostic se pose quelquefois entre la fièvre typhoïde et la tuberculose.

Tout phénomène paradoxal dans le cours d'une prétendue fièvre typhoïde doit être tenu pour sus-

pect ; ainsi de l'absence d'état typhique malgré une haute température ; la fièvre tuberculeuse est en effet souvent bien tolérée ; ainsi encore du peu de résistance de la courbe thermique qui, soit spontanément, soit sous l'influence de la médication, s'infléchit facilement ; le bain froid produit parfois des abaissements énormes. Il est bien entendu que l'absence de taches rosées et de la séro-réaction typhique doivent entrer en ligne de compte.

Ce qui rend la question très obscure, c'est que les formes aiguës de la tuberculose peuvent évoluer favorablement. Au bout de huit jours, dans les cas qui sont traités d'embarras gastrique, au bout de vingt à trente jours, dans la pseudo-typhoïde, la température s'abaisse et le sujet entre en convalescence. Mais celle-ci n'est pas franche, le sujet continue à maigrir, de temps à autre, il a un peu de diarrhée avec une légère fièvre, puis au bout de quelques semaines, parfois de plusieurs mois, on voit surgir soit des symptômes locaux du côté des poumons, soit une nouvelle pyrexie avec localisations plus marquées qu'à la première atteinte.

La tuberculose aiguë est donc curable ; c'est cette curabilité d'ailleurs, temporaire, qui a peut-être trop accrédité la fréquence des récidives de la fièvre typhoïde (Landouzy).

Enfin M. Weill, soit seul, soit en collaboration avec ses élèves (1), a consacré à l'étude de la typho-

1. Weill et Mouriquaud. *Presse médicale*, 27 nov. 1909. Weill. Cliniques inédites, 1905 ; *Macheras*. Thèse, Lyon, 1906.

bacillose infantile des travaux intéressants et que nous aurons à citer, de même qu'une récente leçon clinique du professeur Hutinel (1).

1. Hutinel. *Revue de la tuberculose*, février 1910.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'infection tuberculeuse aiguë à forme typhoïde peut succéder à toutes les manifestations de la tuberculose. Tantôt, elle survient au cours d'une tuberculose osseuse ou ostéo-articulaire : spina ventosa, mal de Pott, coxalgie, gonalgie. Tantôt, elle est la conséquence d'une tuberculose pulmonaire : le fait est déjà beaucoup plus rare. Tantôt, enfin, la localisation primitive de la tuberculose consiste en une *adénopathie trachéo-bronchique*. C'est sans doute là le cas le plus fréquent. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une adénopathie ancienne, ne donnant lieu qu'à quelques signes physiques dont l'interprétation même est discutable : matité avec exagération des vibrations dans les aires ganglionnaires antérieure et postérieure de Guéneau de Mussy, respiration rude, soufflante, en tête du poumon, offrant même parfois le timbre bronchique, signe de Smith. Il est rare que les signes fonctionnels soient très significatifs. Le plus souvent, la toux

coqueluchoïde suivie ou nom de vomissements, les signes divers de compression : inégalité pupillaire, dilatation des veinules sous-cutanées du thorax sont réduits à leur plus simple expression, si bien que les médecins non rompus à la pédiatrie laissent passer inaperçus ces quelques symptômes et, lorsqu'éclatent les signes propres à la typho-bacillose, croient se trouver en présence d'une affection primitive.

La plupart des médecins d'enfants ont insisté sur le rôle de l'adénopathie trachéo-bronchique, que M. le professeur Hutinel considère avec raison comme plus commune et comme plus précoce que les autres. Cet auteur rappelle à ce sujet que, dans les autopsies d'enfants contaminés à des degrés divers par la tuberculose, elle se rencontre d'une façon constante et exerce sur l'évolution de la maladie une influence manifeste. On l'a dit depuis longtemps : quand, chez un jeune sujet, il y a des tubercules quelque part, il y en a presque sûrement dans les ganglions trachéo-bronchiques, dont Velemauski a fait une sorte de cœur lymphatique, logé dans le médiastin et recevant la lymphe de la plupart de ces organes. « Chez l'enfant jeune, les lésions tuberculeuses prédominent dans les ganglions : chez l'adolescent, le poumon est plus souvent atteint ; chez l'adulte et le vieillard, le rôle des ganglions est de plus en plus effacé.

» Ici nous ne voyons que des enfants : quand nous observons une fièvre continue que nous croyons être une typho-bacillose, c'est donc dans les ganglions et

particulièrement dans les masses ganglionnaires du médiastin que nous devons chercher les premiers stigmates de la tuberculose. Je vous ai prouvé maintes fois que c'était là, en effet, qu'ils se découvraient avant que n'apparussent d'autres manifestations plus ou moins tardives (Hutinel.) »

Ainsi, dans la plupart des cas, la typho bacillose succède chez l'enfant à une adénopathie trachéo-bronchique pauvrement formulée, ne donnant lieu qu'à des symptômes peu significatifs. Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi, et l'adénopathie trachéo-bronchique peut se caractériser par des symptômes qui attirent de suite l'attention, comme le cornage. D'après MM. Weill et Mouriquand, la typho-bacillose n'est pas toujours secondaire comme dans la loi que nous venons de décrire ; elle peut également être primitive : après un temps plus ou moins long, l'affection tuberculeuse se localise alors tantôt aux méninges, tantôt au péritoine, tantôt à la plèvre, tantôt au poumon. Dans certaines observations, plusieurs de ces localisations peuvent se faire simultanément. C'est ainsi que, dans une observation de ces auteurs, à une fièvre succédèrent une pleurésie et les symptômes manifestes de l'adénopathie trachéo-bronchique. Il peut, d'ailleurs, s'écouler un certain temps entre la fin de l'infection tuberculeuse aiguë et le début de la localisation. Dans un cas, relaté par Weill et Mouriquand, plus de deux mois s'écoulèrent entre la fin de la typho-bacillose et l'apparition des premiers phénomènes méningés.

En résumé, le plus souvent la thypho-bacillose est secondaire à une tuberculose osseuse articulaire, testiculaire et surtout ganglionnaire. Elle pourrait aussi, dans quelques cas, être primitive et aboutir après un temps plus ou moins long, à une localisation tuberculeuse quelconque méningée, pleurale, pulmonaire, péritonéale.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le rôle des causes prédisposantes. On pourrait croire, *a priori*, que la maladie s'observe surtout chez des sujets lymphatiques ou simplement délicats, et, plus exposés que d'autres, soit par leur hérédité, soit par les circonstances dans lesquelles ils vivent à contracter la tuberculose ; en réalité, il n'en est rien. Le mal, dit le professeur Hutinel, n'atteint pas exclusivement les enfants malingres nés de parents tuberculeux ou porteurs de stigmates suspects ; il frappe souvent de beaux enfants, ayant toutes les apparences de la santé. Mais dans ces cas, une enquête minutieuse permettra presque toujours de retrouver et de préciser le mode suivant lequel s'est faite la contagion bacillaire.

Dans un cas célèbre, dû au professeur Landouzy, des parents bien portants eurent successivement cinq enfants qui moururent tous de méningite tuberculeuse. On finit par apprendre que ces enfants étaient élevés par une vieille bonne, qui, depuis des années, était atteinte d'un catarrhe chronique des voies respiratoires considéré comme une bronchite banale avec emphysème. On examina cette femme avec soin,

et on constata bientôt que ses crachats contenaient une grande quantité de bacilles tuberculeux. On envoya cette femme à la campagne et les enfants qui vinrent au monde postérieurement à son départ, s'élevèrent sans la moindre difficulté.

La pathogénie de la typho-bacillose est facile à exposer dans les grandes lignes. Les arguments d'ordre étiologique que nous avons énumérés, la raison d'ordre clinique sur lesquelles nous reviendrons plus loin, les résultats des méthodes de laboratoire prouvent, jusqu'à l'évidence, que la maladie est due à une septicémie tuberculeuse. Sans doute, comme le fait remarquer le professeur Hutinel, il n'est pas toujours facile de préciser la voie par laquelle les bacilles ont pénétré dans l'organisme, car, dans certains tissus, il reste souvent peu de trace de leur pénétration. Mais les bacilles, charriés par la lymphe ou par le sang, ne tardent pas à rencontrer des organes d'arrêt et à s'y fixer. Ces organes d'arrêt sont presque toujours des ganglions trachéo-bronchiques. Ces ganglions se tuberculisent et à un moment donné, sous des influences diverses, les bacilles qu'ils contiennent, repassent dans la circulation générale pour déterminer la typho-bacillose. Selon cette conception, la typho-bacillose serait une septicémie tuberculeuse.

Cette théorie est critiquée par le professeur Hutinel. Certes, dit-il, le passage des bacilles dans le sang est un fait indéniable et assez fréquent, la dissémination des granulations dans les différents organes suffirait

à en donner une idée, si les examens du sang, pratiqués suivant la méthode de Jousset n'en avait pas fourni une démonstration convaincante. Mais entre les septicémies expérimentales et la tuberculose humaine il y a un abîme, et la septicémie tuberculeuse est rare ; elle le serait même d'autant plus si l'on examine plus minutieusement les différents appareils, non seulement dans les autopsies, mais encore pendant la vie.

En résumé, la pathogénie relative aux typho-bacilloses n'est pas encore définitivement élucidée. Ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est cette infection qui succède au passage dans la circulation sanguine de bacilles tuberculeux antérieurement renfermés dans les ganglions qui entourent la bifurcation de la trachée et des bronches. Il s'agirait donc, somme toute, d'une septicémie tuberculeuse, bien qu'on puisse adresser certaines objections à cette théorie. En tout cas, le rôle des poisons tuberculeux, qu'il s'agisse de poisons solubles ou de poisons adhérents, n'est pas encore résolue.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des faits que nous étudions actuellement est encore assez mal connue. Assurément, dans la plupart des cas, l'adénopathie trachéo-bronchique bacillaire constitue la lésion fondamentale. Cette adénopathie peut d'ailleurs offrir, suivant les cas, des apparences variées (Hutinel).

Tantôt, il s'agit de masses caséifiées, dures, assez volumineuses pour comprimer les organes voisins et expliquer au mieux les phénomènes observés : toux coqueluchoïde, signe de Smith, vomissements alimentaires.

D'autres fois, les ganglions inter-trachéo-bronchique et pré-trachéo-bronchiques, tant droits que gauches, semblent simplement rouges et turgescents ; au premier abord, on croirait qu'ils ne sont que congestionnés. En réalité, ils contiennent des bacilles nombreux et virulents, comme le montrent les inoculations au cobaye (Loomis et Pizzini, Bartels, Nobécourt, Küss).

Certains ne sont que partiellement tuberculisés.

Au cours des poussées aiguës, ils sont congestionnés, et, sur leur trame rouge violacée tranchent de fines granulations, soit même des nodules jaunâtres. Mais, avec le temps, ces lésions peuvent s'atténuer et le ganglion se scléroser ; il se rétracte alors et devient dur et fibreux ; il s'agit là d'un processus de guérison spontané et qui, peut-être, dans certaines circonstances, est facilité par une thérapeutique appropriée.

D'autres ganglions, dit encore le Pr Hutinel, sont partiellement caséeux et gris rosés, fluxionnés ou fibreux, dans l'intervalle des noyaux tuberculeux. D'autres enfin, au lieu d'être caséeux et fermes, sont ramollis et contiennent une substance puriforme plus ou moins abondante. En somme, presque toujours, les néo-formations tuberculeuses tendent à s'enkyster lorsqu'elles se localisent aux ganglions trachéo-bronchiques, mais enkystement ne veut pas toujours dire guérison. De nombreuses expériences ont montré, en effet, que les ganglions pouvaient encore contenir des germes virulents, lesquels, à la faveur d'un refroidissement ou d'une infection, passent dans la circulation sanguine et vont coloniser sur les différentes séreuses ou sur les viscères les plus variés. Une de ces conditions prédisposantes est constituée par les catarrhes accidentels, bronchite, broncho - pneumonie ou coqueluche qui déterminent fréquemment une liquéfaction rapide de la matière caséeuse qui remplissait le ganglion. Inutile de dire que cette liquéfaction expose particulièrement

les sujets chez lesquels elle se produit à l'éclosion d'une granulie.

Ainsi, l'adénopathie représente l'origine de l'infection tuberculeuse généralisée ; mais pour aboutir à cette infection, il faut, comme nous l'avons déjà dit à différentes reprises, l'intervention d'une septicémie sanguine. Cette septicémie, son existence est démontrée par les cas d'endocardite tuberculeuse récemment étudiée par le D^r Braillon (Thèse, Paris, 1904).

Cet auteur rappelle les cas de Corvisart, Rokitsky, Wagner, et surtout la thèse de Texier qui, en 1894, conclut à l'extrême rareté de l'endocardite tuberculeuse et la considère comme une lésion presque toujours secondaire due à l'éruption du bacille dans le sang, et s'accompagnant d'une tuberculose milliaire généralisée. Braillon s'efforce de démontrer que l'infection doit être mise à la base des affections valvulaires d'origine tuberculeuse, envisagée comme le véritable processus de guérison d'une endocardite aiguë ou subaiguë à bacilles de Koch, ayant les caractères essentiels des endocardites simples et évoluant comme une tuberculose locale et de virulence atténuée. On sait que les classiques distinguent deux formes d'endocardite tuberculeuse. La forme caséeuse est très rare. Quant à la forme granulique, Braillon en conteste formellement l'existence, les cas publiés n'étant pas probants et la granulation tuberculeuse de l'endocarde étant inconnue en pathologie expérimentale. En réalité, il n'existe qu'une forme d'endocardite tuberculeuse,

c'est une endocardite inflammatoire, banale, reproduite expérimentalement dès 1898 par Michaelis et Blum et qui a été observée chez l'homme un certain nombre de fois au cours de ces dernières années. Ces endocardites tuberculeuses ne sont qu'exceptionnellement ulcéreuses : presque toutes se traduisent par l'existence de végétations dont le seul caractère est d'être plus localisées que celles des autres endocardites aiguës. En résumé, d'après Braillon, l'endocardite tuberculeuse succéderait à une bactémie de même nature et évoluerait en deux phases : 1^{re} l'une aiguë, où les lésions sont les mêmes que dans toute endocardite aiguë ; 2^e une chronique, où les végétations s'indurent, se sclérosent, et ne se différencient en rien, elles non plus, de celles que l'on est habitué à décrire comme caractéristique des endocardites chroniques.

Nous avons étudié, jusqu'à présent, les lésions originelles de la typho-bacillose, c'est-à-dire l'adénopathie trachéo-bronchique. Nous avons vu ensuite que ces lésions favorisaient la production d'une septicémie tuberculeuse aiguë. Il nous reste à étudier l'aboutissant de cette septicémie.

Il est possible que, dans certains cas, l'infection tuberculeuse ne se localise pas. Il est possible aussi que les bacilles, en circulation dans le sang, après avoir manifesté leur existence par les symptômes que nous étudierons dans un instant, soient éliminés par les urines, sans déterminer d'autres lésions qu'un peu de congestion au niveau des glomérules

ou des tubilis contournés. Toutefois, dans la plupart des cas, l'infection tuberculeuse se localise, et MM. Weill et Mouriquand ont cité un certain nombre d'observations que l'on trouvera à la fin de ce travail, et où la typho-bacillose finit par aboutir à la production des tuberculoses pulmonaires, pleurales, péritonéales. La plus fréquente de ces localisations est sûrement la méningite tuberculeuse. C'est là un fait depuis longtemps connu et dont nous rapportons un nouvel exemple. Et l'on peut dire que tout individu atteint d'adénopathie trachéo-bronchique est exposé plus ou moins tard à mourir de **granulie méningée**.

En somme, il est possible de résumer les notions qui précèdent en disant : l'adénopathie trachéo-bronchique est à l'origine de presque tous les cas de typho-bacillose. Elle facilite la production d'une véritable septicémie tuberculeuse. Cette septicémie peut rester telle pendant toute la durée de son évolution. Le plus souvent elle se localise et crée diverses déterminations : pleurale, pulmonaire, péritonéale, et surtout méningée.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Les fièvres tuberculeuses continues peuvent effectuer, chez l'enfant, des formes assez variées. Tantôt elle simulent une fièvre typhoïde, tantôt elles ne caractérisent leur existence que par une poussée thermique sans aucune localisation, tantôt au contraire, elles donnent lieu, presque dès le début, à des phénomènes de localisation plus ou moins nets.

Leur début n'est pas toujours facile à préciser. Sans doute, « l'attention peut avoir été éveillée par les antécédents des malades, par leur habitus extérieur, leur teint, le développement de leur système pileux, parfois même par la présence de stigmates suspects. L'exploration des ganglions du cou, des aines, des cuisses nous fournit, d'autre part, des indices sérieux et conduit à explorer le médiastin » (Hutinel). Toutefois, ce ne sont là que des signes de probabilité. Les accidents peuvent, comme dans un de nos cas, apparaître chez une fillette jusque-là bien portante et offrant tous les attributs de la santé. Et, presque toujours c'est, ou par des symptômes d'adé-

nopathie trachéo-bronchique, ou par une fièvre que rien n'explique, que débute la typho-bacillose, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Les *symptômes d'adénopathie trachéo-bronchiques* peuvent être des plus manifestes. Dans un de nos cas, il existait un cornage qui imposait immédiatement le diagnostic de compression bronchique. D'autres fois, il y a des dilatations veineuses du cou ou de la paroi thoracique, ou même des accès de toux coqueluchoïde. Toutefois, comme le fait justement remarquer la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, il est rare qu'il ne soit ainsi le plus souvent, les signes d'adénopathie sont des plus restreints, et il faut savoir les rechercher. Presque toujours, on ne constate que de légère modification du murmure vésiculaire au niveau de la racine des bronches. La respiration est rude, inégale des deux côtés, par exemple rude et presque soufflante, à gauche, en arrière, affaiblie et presque éteinte à droite ; en avant, rude à droite et faible à gauche (Hutinel). Ces diverses modifications peuvent être perçues plus ou moins loin du hile, soit au niveau du sommet, soit à la base des poumons. D'autres fois, on perçoit nettement à l'endroit habituel, le signe de Smith. On voit que si l'on renverse fortement en arrière la tête de l'enfant, on entend, à l'auscultation du manubrium, un souffle continu avec redoublement, fréquemment comparé au bruit de diable des chlorotiques, et que l'on attribue à la compression de la veine par les ganglions hypertrophiés. M. le profes-

seur d'Espine (de Genève) a attiré l'attention sur un signe qui aurait d'autant plus de valeur qu'on peut le constater même chez des enfants très jeunes : la bronchophonie, ou retentissement de la voix basse ou chuchotée (ou des cris chez le nourrisson), au niveau correspondant aux ganglions altérés. Par contre, les signes de percussion sont fréquemment peu nets, et il y aura lieu de recourir dans ces cas difficiles, à la radioscopie et à la radiographie. Signalons enfin un signe de grande valeur et sur lequel, au cours de ses leçons cliniques, M. le professeur Hutinel a plus d'une fois attiré l'attention. Nous voulons parler de ces poussées congestives, qu'on peut observer soit au sommet, soit à la base du poumon, et que l'on doit attribuer de même que les bronchites locales dont elles se rapprochent, à l'irritation que subissent certains des nerfs du poumon en contact des ganglions tuberculeux (H. Meunier). Souvent, les râles forment un foyer demi-circulaire autour du hile pulmonaire (Hutinel). Il faut savoir aussi que, dans bien des cas, l'asthme chez l'enfant, est symptomatique d'une adénopathie médiastine. De telle sorte que, finalement, les symptômes qui orientent le plus l'esprit vers l'idée d'une adénopathie sont d'ordre fonctionnel : bronchites locales, poussées congestives, crises de dyspnée asthmatique.

Passons maintenant à la description du symptôme capital : la *fièvre*. Elle peut apparaître brusquement et constituer le premier symptôme de la maladie. Plus souvent, elle est précédée pendant quelques

jours de céphalées, d'épistaxis, de constipation (Rilliet et Barthez), et l'on ne peut pas s'empêcher de penser à une fièvre typhoïde. La peau est chaude et sèche, ou même âcre et brûlante, le pouls accéléré et beaucoup plus qu'il ne l'est dans la dothiéntérie, symptôme capital et sur lesquels nous reviendrons. Fait capital, cette fièvre est continue. Mais, ici, plusieurs cas peuvent se présenter. Tantôt, il s'agit d'une fièvre irrégulière, qui n'offre qu'un caractère, c'est d'être continue ; elle présente des exacerbations vespérales brusques, des défervescences subites et momentanées, des irrégularités que rien n'explique. Tantôt, au contraire, elle rappelle absolument la courbe de la dothiéntérie ; autre signe de la plus haute valeur. Presque toujours, cette température élevée qui, pendant dix à quinze jours et plus, persiste sans modification, ne s'explique apparemment par rien, et l'on ne trouve nulle part de phénomène de localisation. C'est là un élément de diagnostic qu'il n'y aura pas lieu de négliger, « car il est bien rare de voir une autre affection de l'enfance qui, avec une marche aiguë, ou subaiguë, ne donne pas lieu, au bout de dix à quinze jours, à des symptômes locaux assez tranchés pour indiquer plus ou moins positivement sa nature » (Rilliet et Barthez). Filatow fait la même remarque : « Lorsque la température du matin se maintient pendant plusieurs jours de suite au-dessus de 40 degrés, ce fait parle déjà, à lui tout seul, contre la fièvre typhoïde. » D'autres fois, la température, dans la typho-bacillose, pré-

sente des oscillations très étendues et inexplicables. Il y a des cas où elle affecte le type inverse. M. le professeur Hutinel a bien des fois insisté sur les *ondes* thermiques que l'on observait fréquemment dans un cas : il y a des poussées thermiques, durant plusieurs semaines, et présentant une période d'acmé, une période de plateau et une période de descente, et qui sont séparées, les uns des autres, par des phases où la température reste normale. Divers auteurs notent encore que la fièvre peut osciller entre 39 degrés le soir et 38 degrés le matin et que, presque toujours, la courbe est beaucoup plus irrégulière que dans la fièvre typhoïde.

Les *phénomènes typhoïdes* sont toujours des plus marqués, et les auteurs signalent à l'arrivée les céphalées, les épistaxis, les troubles fonctionnels digestifs : diarrhée jaune ocre et fétide, météorisme, douleurs iliaques, splénomégalie, narines sèches et pulvérulentes, dents noires et fuligineuses, lèvres sèches, langue collante, ratatinée, rôtie, agitation, cris carphologie, ou, au contraire, prostration et stupeur pouvant aller jusqu'à l'adynamie. On a parfois observé des tâches lenticulaires, mais « petites, peu nombreuses, mal dessinées et de peu de durée (Rilliet et Barthez). Le délire peut être intense et continu. Un phénomène curieux, et véritablement propre à la typho-bacillose, c'est la *dyspnée*. Dans la dothiènement-térie, il peut survenir de la dyspnée, mais elle s'explique par quelque localisation pulmonaire : bronchite, congestion des bases, ou congestion du sommet pou-

vant, pendant quelques jours, simuler la tuberculose comme dans le rhumatisme articulaire aigu (Widal) ; au contraire, dans la granulie, il s'agit d'une dyspnée *sine materia*, et qu'expliquent insuffisamment les quelques râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des deux poumons. C'est là un signe décisif, facile à constater par les méthodes habituelles et dont la constatation emporte le diagnostic.

Ces phénomènes typhoïdiques peuvent durer longtemps, tout le temps de la maladie ; d'autres fois, ils ne se manifestent qu'à la tête et ne durent alors que quelques jours. Ils sont particulièrement intéressants chez le nourrisson, où ils ont été d'abord signalés par Hervieux, ils se confondent en partie avec les phénomènes décrits par MM. Lesage et Abrami, sous le nom de méningite tuberculeuse des nourrissons à forme somnolente. Dans ces cas, en effet, la dépression, l'abattement, la somnolence perpétuelle, la fixité du regard caractérisent une forme de tuberculose aiguë qui se termine régulièrement par une explosion de granulie méningée.

Souvent ces phénomènes typhoïdes succèdent à la rougeole, fait déjà remarqué par les anciens auteurs. *Rabaole vertibulum tebis*, disaient-ils fréquemment, *tabes* étant pris ici dans son sens étymologique de consommation. Mais ici encore, il faut s'entendre. La rougeole n'est pas capable, à elle seule, de créer la tuberculose : elle peut seulement en favoriser l'explosion. Sous l'influence de la poussée congestive occasionnée par la bronchite ou la broncho-pneumonie

une vieille adénopathie mal éteinte se rallume, et quelques bacilles de Koch vont passer dans la circulation générale pour aller coloniser au loin.

Si, maintenant, de l'analyse symptomatique nous passons à la synthèse, si nous essayons de grouper les éléments précédemment exposés pour réaliser des formes cliniques, voici ce que nous pouvons dire. Le professeur Hutinel a magistralement décrit l'évolution des typhos-bacilloses infantiles : qu'on nous permette de le citer encore.

« Le mal simule la fièvre typhoïde sous des formes diverses, mais beaucoup plus souvent, il faut bien le reconnaître, sous les formes légères ou moyennes que l'on qualifie de fièvres muqueuses. Comme elle, il se caractérise par des symptômes généraux que n'expliquent pas suffisamment des localisations organiques. Si l'on examine avec soin tous les traits du tableau clinique, on y découvre ordinairement quelques nuances qui attirent l'attention et font naître le doute, mais, comme le dit Landouzy, il ne s'agit là que de nuances.

» Le début est souvent anormal et irrégulier. Les vomissements sont plus fréquents, les épistaxis plus rares que dans la fièvre typhoïde. La stupeur est généralement moins profonde ; parfois il y a du subdélire, mais généralement l'intelligence est conservée. La céphalée est moindre ou au contraire plus pénible. La langue est rouge à la pointe et sur les bords, souvent collante, exceptionnellement fuligineuse. L'appétit est parfois conservé et ce signe

a une réelle valeur. Lasèque disait avec raison qu'un fiévreux qui mange est ordinairement un tuberculeux. Les vomissements sont plus fréquents que dans la fièvre typhoïde, la diarrhée manque souvent et peut être remplacée par de la constipation ; le ventre est rarement ballonné ; la douleur fait souvent défaut dans la fosse iliaque droite et, quand elle existe, elle n'a pas tout à fait les mêmes caractères que dans la dothiéntérie ; le gargouillement est moins constant.

» La rate est parfois grosse ; le foie est souvent sensible et augmenté de volume ; j'ai souvent appelé votre attention sur l'importance de ce signe. Pas de taches lenticulaires rosées ; parfois cependant quelques rougeurs douteuses. Certains malades toussent ; mais la plupart ne présentent ni toux, ni oppression, ni phénomènes de catarrhe bronchique ; cependant si on compte les mouvements respiratoires on les trouve généralement augmentés de fréquence. Pas d'ulcérations palatines, pas d'angine initiale.

» On note parfois de l'hyperesthésie sur les membres ou le tronc ; mais, quand on pince le biceps, le myœdème n'apparaît pas toujours. L'albuminurie est moins constante que dans la fièvre typhoïde ; la diazoréaction est souvent négative.

» La fièvre est généralement modérée, elle ne dépasse guère 40 degrés ; ses oscillations sont plus grandes et plus irrégulières que dans la fièvre typhoïde. La courbe est capricieuse et, quand la maladie se prolonge, on voit se succéder des ondes

qui éveillent plutôt l'idée de poussées successives que celle d'une maladie à rechutes.

» Chez certains sujets, la pression artérielle est notablement abaissée ; le pouls est alors dicrote ; il est d'ordinaire un peu plus fréquent que chez les typhiques.

» Ce qui frappe surtout, c'est la marche irrégulière et la durée de la maladie. La courbe oscille, se prolonge, traîne et souvent le pouls est en désaccord avec la température. Le rétablissement se fait mal, on n'assiste pas à ces améliorations rapides, à ces crises salutaires qui marquent la fin de la dothiéntérie, et on sent qu'après la chute de la fièvre, tout n'est pas terminé.

» Quand on est arrivé à cette période de la maladie, on a perçu déjà, dans la plupart des cas, soit au niveau du hile des poumons, soit aux sommets, des signes qui ne laissent guère de doute sur la nature du mal ; car, si le diagnostic est difficile au début, il s'éclaire généralement au bout de quelques jours ou de quelques semaines ; parfois cependant c'est seulement à l'occasion d'une rechute ou d'un accident tardif qu'on reconnaît la nature du mal. »

Diagnostic. — Le diagnostic entre granulie et fièvre typhoïde, réduit aux seules ressources de la clinique, est parfois impossible. Cependant il y a quelques nuances qui pourront être d'un grand secours dans les cas difficiles. Tels sont les antécédents de bacillose, héréditaires ou personnels, le facies si caractéristique de l'enfant tuberculeux avec ses longs cils,

son thorax étroit, son hypertrichose, ses ganglions petits et durs. Toutefois, il ne s'agit là que d'un signe de probabilité, une fièvre typhoïde normale pouvant très bien, comme le fait remarquer M. le professeur Hutinel, survenir chez un tuberculeux. De même, la splénomégalie à laquelle Rilliet et Barthez attachent la plus grande importance et qui peut s'observer aussi dans la granulie. Nous ferons encore des réflexions identiques au sujet du râle sibilant « très aigu et très sibilant » qu'on voit surtout dans la fièvre typhoïde, et du gargouillement iliaque, que certains auteurs considèrent comme caractéristique de cette dernière affection.

Beaucoup plus importantes sont la dyspnée *sine materia* et la tachycardie, infiniment plus marquée dans la granulie que dans la dothiémentérie. De même, l'amaigrissement qui, dans la fièvre typhoïde, ne survient qu'à la fin, tandis que dans la granulie, il est précoce et accusé. De même, une localisation quelconque dans le péritoine, la plèvre, les poumons. Quant à la guérison que Rilliet et Barthez considèrent comme caractéristique de la fièvre typhoïde, nous ne pouvons partager leur avis, l'ayant vue parfois survenir dans la typho-bacillose comme le montre une de nos observations. L'hyperesthésie cutanée signalée par Empis est fréquente dans la granulie, mais elle peut y manquer : au demeurant, elle n'a été observée que dans les formes méningées de la dothiémentérie.

Filatow, dans le très bon article qu'il a consacré

à la question, attribue une valeur considérable aux caractères de la fièvre. Lorsque la température du matin se maintient pendant plusieurs jours de suite au-dessus de 40 degrés, le fait parle déjà, à lui seul, contre la fièvre typhoïde. Encore plus caractéristique sont, d'une part, les oscillations très étendues et non motivées du tracé thermique, et d'autre part le type inverse de la fièvre (dans la tuberculose). Nous ignorons la valeur qu'il convient d'attribuer à ce symptôme également mentionné par Landouzy et Pistre. La constatation de tubercules choroïdiens à l'ophtalmoscope comporte naturellement le diagnostic, mais on sait qu'elle est beaucoup plus rare que ne le croyait Bouchard, de telle sorte que c'est là un élément de diagnostic sur lequel il ne faut guère compter.

La fréquence des sueurs dans la typho-bacillose est d'autant plus remarquable que dans la fièvre typhoïde, elles sont, comme on sait, tout à fait exceptionnelles.

Il est évident que, dans certains cas, malgré tout, le diagnostic est impossible, et l'on comprend que des cliniciens de la valeur de Rilliet et Barthez et Filatow aient pu se tromper. Il convient alors de s'adresser aux méthodes de laboratoire, qui ont été portées, dans ce temps dernier, à un si haut degré de perfection.

La recherche des bacilles tuberculeux dans le sang est toujours chose délicate et qui ne peut être effectuée que dans des laboratoires bien outillés, MM. Nathan-Larrier et Bergeron ont préconisé un

procédé technique qui consiste à projeter dans 120 à 200 centimètres cubes d'eau distillée 10 centimètres cubes de sang frais. Ce mélange ne se coagulant pas spontanément, et les hématies étant dissoutes, la recherche du bacille tuberculeux devient facile : il suffit de centrifuger, d'étaler le culot de centrifugation et d'employer après fixation la méthode ordinaire de coloration. Grâce à la technique qu'il désigne sous le nom « d'hydrohémolyse » on pourrait, d'après les auteurs, retrouver d'une façon presque constante le bacille de Koch, dans le sang humain. Il est vrai qu'il faudrait encore démontrer qu'il s'agit là bien de bacilles tuberculeux vrais et non pas de bacilles acido-résistants, mais cette recherche ne peut être effectuée : il faudrait, pour la mener à bien, pouvoir injecter à un cobaye les bacilles trouvés dans le sang.

M. Nathan-Larrier recommande encore, dans le même but, l'inoculation du liquide bacillifère dans la mamelle de cobayes en lactation. Les bacilles apparaîtraient dans le lait du cinquième au huitième jour et la tuberculose mammaire donnerait lieu ultérieurement à une tuberculose généralisée.

Si l'on voulait mettre en évidence le bacille typhique dans le sang, il faudrait, comme l'ont montré Courmont et Lesieur, d'une part, Widal et Lemièrre de l'autre, ensemer de grandes quantités de ce liquide. Les auteurs recommandent de puiser aseptiquement, dans une veine du pli du coude, avec

une seringue stérilisée, 2 ou 3 centimètres cubes de sang, et d'ensemencer dans un ballon contenant 250 centimètres cubes d'eau peptonée et sodée, de porter le ballon à l'étuve et de l'agiter de temps à autre. Au bout de douze à dix-huit heures, on examinera le bacille ainsi trouvé et on s'efforcera de l'identifier. Ce procédé démontre fréquemment, surtout dans les formes moyennes et graves, les distances d'une septicémie typhique, mais il est rare qu'il donne des résultats positifs avant le sixième jour.

Les recherches relatives à l'agglutination des bacilles typhiques et tuberculeux par le sérum des malades peuvent encore fournir au diagnostic de précieuses indications. En ce qui concerne le séro-diagnostic de la tuberculose, MM. Arloing et Courmont ont montré qu'un séro-diagnostic positif est un signe d'une grande valeur en faveur de la tuberculose, mais que les agglutinations élevées se rencontrent surtout dans les cas en voie de guérison ; les agglutinations faibles ou nulles dans les cas graves ou fatals. Mais ces auteurs, de même que MM. Bezançon et Philibert, ont constaté que la réaction était positive au cours de la fièvre typhoïde. Quelle que soit l'explication théorique de ce fait, il faut convenir que, dans les états infectieux aigus, fébriles, mal déterminés, le séro-diagnostic ne peut guère donner de renseignements utiles puisque, d'une part, la réaction est souvent négative dans la tuberculose aiguë et négative dans la fièvre typhoïde.

L'examen du sang ne peut donner sur le sujet particulier qui nous occupe que des renseignements

insuffisants, puisque dans les deux cas on trouve de la mononucléose.

La radioscopie et la radiographie, comme l'a fait remarquer M. Bécère, donnent souvent, dans les cas de typho-bacillose, une opacité plus ou moins manifeste dans la zone des ganglions trachéo-bronchiques. Mais, pour importante que soit cette constatation, elle n'emporte pas le diagnostic. On voit assez souvent des fièvres typhoïdes typiques évoluer chez des tuberculeux, par conséquent, il ne suffira pas de la constatation d'une opacité dans la région du hile pour exclure, d'une façon formelle, le diagnostic de fièvre typhoïde.

Mais les mêmes objections peuvent être adressées à l'ophtalmo, à la cuti et à l'intradermo-réaction. En effet, toutes les méthodes, à supposer qu'elles donnent toujours des résultats indiscutables, ne prouveront jamais qu'une chose, lorsqu'elles sont positives. C'est que le sujet chez lequel on les a constatées est un tuberculeux, mais elles ne permettent en aucune façon de dire que les accidents fébriles que présente le sujet, ne sont pas sur la dépendance d'une fièvre typhoïde.

Resterait encore à parler de la déviation du complément. On sait que, depuis quelques années, une méthode très à la mode, consiste à mettre en évidence, dans le sérum des malades, la présence d'une sensibilisatrice particulière à l'affection dont on les croit atteintes. Cette méthode, dont les principes ont été formulés par M. Bordet et Gingou

a déjà commencé à donner d'excellents résultats pour la fièvre typhoïde, où elle a été étudiée par MM. Widal et Lesourd et pour la syphilis où elle est connue sous le nom de réaction de Wassermann. Or, bien que de très nombreux auteurs aient étudié cette méthode dans la tuberculose, il faut reconnaître que leurs recherches n'ont encore abouti à aucun résultat digne d'être cité.

En résumé : en dehors de la mise en évidence dans le sang des bacilles tuberculeux au cours d'une infection fébrile, toutes les autres méthodes de diagnostic ne donnent que des renseignements insuffisants et ne prouvent que l'existence d'une tuberculose éteinte ou en évolution, elles ne permettent donc, en aucune façon, d'éliminer l'hypothèse de fièvre typhoïde survenant chez un sujet en puissance de tuberculose. On comprend donc que, dans certains cas, le diagnostic puisse être impossible.

Pronostic.—En ce qui concerne le pronostic, divers auteurs ont admis qu'il était forcément fatal, et que, lorsqu'on constatait chez un enfant des signes évidents de typho-bacillose, il fallait redouter la mort, à plus ou moins brève échéance. Nous pensons avec M. le professeur Hutinel que cette opinion est exagérée et que dans certains cas, peut-être moins rares qu'on ne le pense, et dont nous rapportons au moins deux exemples, la guérison peut survenir.

N'empêche que, dans la grande majorité des cas, la fièvre tuberculeuse continue aboutit soit à une tuberculose méningée, soit à l'une des détermina-

tions pulmonaire, péritonéale, pleurale, que nous avons précédemment étudiées.

« Dans quels cas pourra-t-on espérer la guérison, dans quels autres, au contraire, devra-t-on redouter une issue fatale ?

» Nous n'avons pas toujours pour baser le diagnostic des données certaines, mais il y a des données qu'il faut faire.

» Plus l'enfant est petit, plus le danger est grand. La gravité de la typho-bacillose, chez des sujets de dix à quatorze ans, n'est pas comparable à celle de la même maladie chez des babies d'un à trois ans. Ces derniers succombent presque tous assez rapidement.

» Les grosses adénopathies ne sont pas toujours les plus mauvaises ; il faut cependant se méfier des ganglions assez volumineux pour comprimer les organes voisins, et qui n'ont pas de tendance à diminuer. Au contraire, les ganglions qui semblent fondre rapidement et qui sont peut-être des ganglions fluxionnés, susceptibles de se scléroser et de se rétracter, permettent un pronostic plus favorable.

» Il n'en est pas moins vrai qu'un sujet qui a présenté des signes de typho-bacillose, avec adénopathie médiastine, est toujours exposé à faire, quelques semaines ou quelques mois après, une méningite, une pleurésie ou une péritonite.

» S'il guérit, en apparence, il pourra encore, après un temps parfois très long, présenter un réveil

de son affection. J'ai vu bien souvent des sujets, chez qui j'avais noté, dans l'enfance, des signes d'adénopathie médiastine, présenter entre dix-huit et vingt ans des hémoptysies et des lésions des sommets.

» Le pronostic doit donc être réservé dans tous les cas ; mais le médecin a le devoir de faire espérer la guérison. Pour la rendre possible, il devra imposer aux enfants le régime et le traitement que l'on prescrit d'habitude aux tuberculeux, car il ne s'agit pas ici de simples candidats à la tuberculose. » (Hutinel.)

Ce traitement consiste essentiellement en une alimentation substantielle, dont les viandes rouges, les œufs, le poisson, les pâtes, les purées de légumes, constitueront les bases. L'enfant sera soumis à une hygiène méthodique ; on le laissera le plus longtemps possible au grand air ; on l'enverra, si on le peut, au bord de la mer, non pas sur les plages érétriques de la Méditerranée, mais sur les plages balayées par l'air vivifiant de la Manche ou de l'Océan : Berck, Dinard, Paramé, La Baule, les Sables-d'Olonne ; Biarritz est parfois même supporté par les enfants. Les cures d'altitude sont aussi recommandables, et on n'aura que l'embarras du choix entre les sites pittoresques de la Savoie et du Dauphiné, les stations suisses et, en particulier, la vallée de l'Engadine et les hauteurs du Tyrol.

En ce qui concerne la thérapeutique proprement dite, elle s'adressera, comme toujours, aux sels de chaux, phosphates mono ou tricalciques, phytine,

glycéro-phosphates, lacto-phosphates ; à l'arsenic donné avec prudence et à doses espacées, de façon à éviter l'accumulation, à l'huile de foie de morue, en hiver, si elle est bien supportée, et surtout au sirop iodo-tannique qu'on aura soin de donner au milieu des repas, en l'associant à des aliments albuminoïdes ou à du vin rouge.

Ces différentes médications seront alternées et poursuivies pendant des mois et des années entières. Mais il faut bien reconnaître qu'il s'agit là d'un traitement à prescrire entre les poussées aiguës et que le traitement de ces dernières se borne, presque toujours, à administrer quelques antithermiques, à prescrire des bains, à tonifier le malade, et à réaliser en un mot une cure thérapeutique de symptômes.

OBSERVATION I

(Communiquée par M. Babonneix)

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants, ils ont une autre enfant plus âgée et qui jouit également d'une bonne santé. Cependant la mère a eu, en avril 1906, une infection à allures typhoïdes, et pour laquelle le séro-diagnostic, pratiqué, tant avec le bacille d'Eberth qu'avec les paratyphiques, resta constamment négatif.

Antécédents personnels. — La fillette est née à terme, mais les couches de la mère ont été laborieuses, et on a dû employer le chloroforme, l'enfant pesait 3 kgr. 200. Elle a été élevée au sein maternel pendant un mois, puis au biberon. La seule possibilité de contamination bacillaire nette résiderait dans ce fait que, malgré la défense formelle qui lui avait été fréquemment répétée, une bonne conduisait la fillette à une personne dont le fils venait de mourir de tuberculose ouverte, le mari de cette même dame devint tuberculeux après la mort de son fils. La petite X... affectionnait beaucoup cette personne qui était pleine d'attention pour elle et sa sœur et qui a certainement embrassé l'enfant comme elle l'a tenue sur son genoux.

La jeune X... a toujours été délicate et dès l'âge de six mois, elle a présenté des manifestations morbides que l'on peut résumer ainsi :

Tous les mois, X... présentait une période fébrile (39°40) d'une durée de huit à dix jours, avec début brusque et termi-

naison brusque. Un léger état saburral de la langue avec fétidité de l'haleine, du gonflement de la région angulo-maxillaire, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, parfois double, un peu de tuméfaction des ganglions correspondants, de l'agitation nocturne étaient les principales caractéristiques de cette phase. Il n'y avait rien du côté du tube digestif ; l'auscultation attentive de la poitrine révélait parfois quelques rares sibilances.

Tantôt, au moment où se produisait cet état fébrile, il y avait évolution dentaire concomitante ; tantôt les dents apparaissaient trois semaines après la poussée fébrile.

Plusieurs fois les gencives se montrèrent excessivement tuméfiées et douloureuses au moment de l'acmé thermique, si bien que cet élément s'imposait presque à l'attention.

Les deux dernières périodes fébriles laissèrent l'enfant plus abattue (d'ordinaire, elle se rétablissait vite) et furent d'ailleurs plus intenses, en fin septembre 1908, et dans la première quinzaine de novembre ; elles donnèrent fort à réfléchir, car l'évolution dentaire ne paraissait pas pouvoir être invoquée ; le médecin qui soigna très attentivement l'enfant, lors de la dernière, n'avait rien remarqué au poulmon.

X... eut la varicelle dans les derniers jours de mai 1909. L'éruption fut très confluyente, et a d'ailleurs laissé des traces indélébiles. Depuis cette époque, la fillette ne fut pas bien, parfois, sans raison apparente, triste et grognon, fatiguée par le jeu après quelques instants, ayant des nuits mauvaises interrompues de fréquents réveils.

17 juillet. — A midi, elle vomit les aliments qu'elle venait d'absorber, et la fièvre apparut à nouveau. Appelé une première fois, je ne constate, en dehors de la fièvre, aucun phé-

nomène morbide, et je pense, comme mes prédécesseurs, à des troubles digestifs occasionnés par l'évolution dentaire. Mais, huit jours après, la température n'a pas baissé et se maintient toujours entre 39 et 40 degrés. Le pouls est excessivement rapide (130). Une percussion minutieuse de la poitrine décèle l'existence, au niveau de la fosse sous-épineuse droite, d'une élévation très nette de la tonalité; à l'auscultation, dans la même région, l'expiration paraît prolongée et soufflante. Les autres appareils fonctionnent normalement. Le foie et la rate ne sont pas tuméfiés; il n'y a aucun signe de fièvre; d'ailleurs, le séro-diagnostic, pratiqué avec soin à trois reprises différentes, reste constamment négatif.

Etant donné les antécédents, la pâleur de l'enfant, l'existence d'une micropolyadénie incontestable, les signes fournis par l'exameu de la poitrine, nous portons le diagnostic de typho-bacillose, provoquée par l'éruption dentaire.

M. le Dr Marfan, qui voulut bien nous aider de ses conseils, arriva aux mêmes conclusions. Après être restée vingt-sept jours au-dessus de 38 degrés, la température descendit en trois ou quatre jours à 37 degrés. Elle était très amaigrie et très faible.

Depuis cette dernière atteinte, l'enfant ne manifeste plus qu'un peu de lassitude de temps à autre; parfois ses nuits sont agitées. Son poids est actuellement de 13 kgr. 500 (habillée). Je la revois au commencement de novembre 1909, je la trouve encore pâlotte, les yeux cernés, les traits tirés; je constate, d'autre part, que les signes physiques ne se sont pas modifiés.

OBSERVATION II

(Hutinel)

Le jeune X..., âgé de seize mois, est atteint, le 10 février 1908, d'une bronchite avec congestion de la base gauche. Dès ce moment, on fait des réserves sur la nature de cette bronchite ; en effet, le père a eu récemment une coxalgie qui s'est fistulisée et a nécessité plusieurs interventions ; de nombreux séquestres sont sortis de la plaie, et comme personne n'avait averti le malade du danger que présentaient les objets du pansement, aucune précaution n'a été prise. Le bébé a joué, pendant des mois entiers, à côté du lit où reposait son père. D'ailleurs, le jeune X..., bien qu'il soit né à terme, dans d'excellentes conditions (il pesait alors 4 kgr.) et se soit élevé d'une façon normale, est maigre, pâle, a les cils longs, et est atteint de micropolyadénie. La bronchite est *exclusivement unilatérale* ; à la base gauche, se perçoivent des râles ronflants et un peu de souffle sans modifications bien nettes de la sonorité, au niveau du hile, la respiration est rude et soufflante. La fièvre est modérée ; les principaux appareils fonctionnent normalement ; le système nerveux est indemne.

Le traitement classique est institué : compresses humides autour de la poitrine, bains chauds, potion au benzoate de soude.

20 février. — Les symptômes pulmonaires ont à peu près complètement disparu. Il ne persiste que de la rudesse respiratoire au hile gauche. Cependant la température est toujours élevée, le pouls oscille entre 100 et 120 ; le bébé est grognon ; il dort mal et a considérablement maigri.

Du 20 février au 27 mars, l'état reste stationnaire ; les phénomènes pulmonaires restent les mêmes : respiration rude et soufflante, légère élévation de la tonalité au niveau du hile gauche ; mais le sommet et la base du poumon correspondant ne semblent présenter aucune altération. Le poumon droit continue à fonctionner normalement. L'enfant est toujours nerveux, agité, difficile, sans qu'il y ait, à proprement parler, de réaction méningée. Il maigrit d'une façon continue. Rien d'anormal dans les principaux appareils ; seule, la température donne encore des inquiétudes. Elle oscille en effet irrégulièrement entre 38 et 39 degrés avec des maxima habituellement vespéraux atteignant jusqu'à 39° 2. La température du matin est tantôt d'un degré et demi à deux degrés inférieure à celle du soir, tantôt, au contraire, elle lui est presque égale. Cette fièvre *sans type défini*, résiste à tous les moyens thérapeutiques : antipyrine, pyramidon, balnéation, elle paraît même accrue par les injections d'électrargo tentées avec prudence. Le Dr Marfan, appelé le 13 mars 1909, porte, comme ses prédécesseurs et le médecin traitant, le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique, avec généralisation tuberculeuse probable, et prescrit du jus de viande qui est d'ailleurs refusé par le petit malade.

27 mars. — L'enfant allant un peu mieux, on allait le laisser sortir, lorsqu'on fut surpris de l'expression étrange de son regard. Bientôt on constata de la raideur de la nuque et des jambes, le signe de Brudzinski et un peu de strabisme. Le jour suivant, les réactions méningées se précisèrent, on vit apparaître successivement des intermittences du pouls, des troubles du rythme respiratoire, du ptosis gauche, une paralysie faciale gauche périphérique, des vomissements

à type cérébral, de la rétraction du ventre, du mâchonnement, des phénomènes vaso-moteurs et finalement, le 7 avril 1909, le bébé succomba au milieu de convulsions généralisées, incessantes, qui durèrent quatre jours.

OBSERVATION III (Hutinel)

Peu de temps après, j'étais appelé par mon ami, le Dr Méry, auprès d'un petit garçon de quatre ans, atteint, lui aussi, d'une fièvre qui semblait être une dothiéntérie de moyenne intensité. L'enfant, né de parents âgés, était pâle et peu vigoureux, sa courbe thermique rappelait vaguement celle d'une fièvre typhoïde ; mais le pouls était trop fréquent, l'abattement n'était pas assez marqué et l'appétit n'avait pas disparu. Nos craintes étaient d'autant plus vives que le séro-diagnostic était négatif ; il est vrai que, chez l'enfant, les résultats positifs se font assez souvent attendre. Avec les différents paratyphiques, on n'obtenait pas plus d'agglutination qu'avec le bacille d'Eberth. La tuberculose était donc probable, mais aucun signe précis ne permettait de l'affirmer.

Quelques jours après, un nouvel examen nous fit constater une inégalité respiratoire des plus suspectes à la racine des bronches, en avant et en arrière ; la sonorité était également modifiée. Dès lors, nous étions fixés ; il existait une adénopathie médiastine et la fièvre était imputable à la tuberculose. Quelques semaines plus tard, l'enfant était emporté par une méningite.

La méningite tuberculeuse est, en effet, la terminaison fréquente de ces typho-bacilloses ; elle est d'autant plus à redouter que les enfants sont plus petits.

OBSERVATION IV (Hutinel)

J'ai vu, il y a dix-huit mois, avec le Dr Fernand Bezançon, une fillette en proie depuis plusieurs semaines à une fièvre dont la cause restait douteuse. Un jour, la respiration nous parut soufflante au hile du poumon gauche en arrière, et nous perçûmes, à ce niveau, une légère diminution de la sonorité. Bientôt il se fit, du même côté, une poussée congestive qui, d'abord légère, s'étendit et s'aggrava rapidement. La dyspnée devint bientôt atroce et l'enfant fut emportée par une granulie à forme pseudo-asthmatique.

OBSERVATION V (Hutinel)

J'ai vu l'année dernière, avec mon ami le Dr Aviragnet, une belle fillette de treize ans et demi déjà formée qui présentait, sans localisations spéciales, une fièvre à marche irrégulière. Nous reconnûmes, l'un et l'autre, la présence de ganglions suspects à la racine des bronches et nous décidâmes les parents à conduire l'enfant à Arcachon. Elle en revint fort améliorée, puis elle passa plusieurs mois au bord de la mer. J'ai eu l'occasion de la revoir, il y a quelques semaines ; elle est vraiment superbe et semble jouir d'une excellente santé ; mais il reste encore quelques signes d'adénopathie médiastine.

OBSERVATION VI (Hutinel)

Béatrix X..., deux ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant ; mais, d'après le Dr Bensaude, qui connaît toute la famille, il compte beaucoup de parents tuberculeux ou simplement

lymphatiques. Il déclare lui-même qu'un de ses frères est devenu accidentellement tuberculeux. Il a une nièce qui a été soignée en 1909 pour une fièvre ganglionnaire et qui était fortement suspecte de tuberculose ; pâleur et maigreur, longs cils, micropolyadénie.

Un frère plus âgé a été traité en 1908 pour des troubles digestifs, et pour des symptômes pulmonaires trainants et mal définis.

Antécédents personnels. — La petite fille est née à terme. La grossesse avait été bonne ; l'accouchement s'est effectué dans les meilleures conditions. Les premiers mois ont été normaux.

Juillet 1909. — Béatrix se trouvant à Châtel-Guyon, le Dr Conchon lui avait fait prendre une très petite quantité d'eau lorsque, le 23, on remarqua qu'elle était mal à son aise. La température s'éleva progressivement jusqu'à 39 degrés, puis resta au-dessus de 38 degrés pendant environ dix jours.

31 juillet. — Voici ce que note le Dr Babonneix : enfant abattue, grognon ; langue sèche, un peu collante ; pas de ballonnement ni de rétraction du ventre, pas de gargouillement iliaque, pas de diarrhée, pas de taches rosées, mais le foie et la rate sont augmentés de volume. Le pouls oscille entre 90 et 100 ; le tracé thermique est à peu près celui d'une fièvre continue. Il n'y a pas de bronchite, pas d'adénopathies, pas de réactions méningées ; le cœur est normal. Il ne semble y avoir ni céphalée, ni vertiges ; il n'ya pas d'amaigrissement. Les selles contiennent beaucoup d'indican.

On discute les diagnostics plausibles. On rejette celui de paludisme, comme ne s'appuyant sur rien ; on songe à la possibilité d'une intoxication alimentaire (l'enfant ayant

mangé, quelques jours avant, une grande quantité de poisson peu frais), et, finalement, on admet avec réserves, l'hypothèse d'une fièvre typhoïde ou d'une paratyphoïde. Mais le séro-diagnostic, simultanément fait à Châtel-Guyon et à Paris, est absolument négatif pour la typhoïde et douteux pour la paratyphoïde ; les résultats de l'examen du sang ne vont pas non plus avec le diagnostic de dothiéntérie.

Quinze jours après, l'enfant était guérie ; la température avait progressivement baissé ; l'état général s'était amélioré, et la famille X... pouvait quitter Châtel-Guyon. Mais peu après, on remarquait que la fillette faisait entendre un bruit respiratoire singulier lorsqu'elle courait ou était émue ; de plus, elle toussait en quintes, et cette toux était fréquemment suivie de vomissements alimentaires.

Nous revîmes la jeune Béatrix à Paris, en novembre 1909 ; et nous constatâmes les symptômes suivants : *cornage* évident, plus ou moins net suivant les cas, mais permanent, calmé par le repos, accru par les mouvements ; bronchite unilatérale (à droite), phénomène hilaires à droite (submatité expiration soufflante). Dans le reste du poumon droit, grosse diminution respiratoire, sans aucune modification de la sonorité ; tachycardie ; toux coqueluchoïde avec vomissements à type alimentaire, pas de fièvre, pas d'adénopathies inguinales, axillaires ou cervicales, peu d'amaigrissement ; pas de troubles digestifs. Il était naturel de porter le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique droite et de rattacher à cette affection ou tout au moins à la tuberculose, la fièvre continue observée en juillet.

OBSERVATION VII (Hutinel)

Le 4 août dernier, nous recevons, salle Bouchut, n° 1, un garçon de neuf ans, T... Alfred, né de parents bien portants, qui n'avait eu qu'une rougeole à cinq ans et une varicelle à sept ans, sans complications.

Depuis huit jours, il avait de la fièvre et de la céphalalgie et une légère douleur dans la fosse iliaque droite ; depuis deux jours il vomissait, était constipé et souffrait davantage de la tête ; il semblait fatigué, sans être prostré. La langue était rouge à la pointe et sur les bords, la rate un peu grosse, le foie normal. Pas de ballonnement au ventre, léger gargouillement dans la fosse iliaque droite. Séro-réaction douteuse 1/10. Pouls 104.

7 août. — Les symptômes ne s'étaient pas accentués, bien que la température restât élevée ; mais la respiration était soufflante à la racine des bronches.

13 août. — Le séro-diagnostic restait négatif ; par suite la respiration était soufflante au niveau du pôle droit, en arrière, et le souffle se propageait jusqu'à la partie interne de la fosse sus-épineuse. Il ne s'agissait donc pas d'une fièvre typhoïde, mais d'une typho-bacillose avec adénopathie médiastine. La température baissa tout à coup le 17, mais elle remonta bientôt, comme s'il se produisait une rechute pour osciller jusqu'au 9 septembre.

18 septembre. — L'enfant quitta l'hôpital, étant apyrétique depuis une dizaine de jours. Il semblait guéri, mais la respiration restait inégale à la racine des bronches.

OBSERVATION VIII

Weill et Mouriquand. — *Localisations méningées tardives de la typho-bacillose.*

Un enfant de dix-huit mois se présente à nous le 10 juillet 1903, avec des signes d'affection digestive aiguë, de la diarrhée, quelques vomissements, une température de 39°5 à 40, qui dure six jours, des taches rosées. On songe à une dothiéntérie, mais la convalescence n'est pas franche ; l'enfant maigrit beaucoup, ne retrouve pas son appétit. En août, malgré une détente relative, il présente, à diverses reprises, des troubles digestifs.

Le 10 septembre apparaissent quelques vomissements longtemps après les repas. Après un état de tristesse marqué, qui dure trois jours, l'enfant fait, du 16 au 17 septembre des crises convulsives suivies de coma. Le 18 septembre les signes de méningite tuberculeuse sont au complet. Le 24, il fait une paralysie du bras gauche. Il meurt deux jours après.

OBSERVATION IX (*Id.*).

Une enfant de dix ans entrée à la clinique le 10 mai 1904, présente un état typhique remontant à quinze jours environ. Cet état attire immédiatement notre attention. La température est de 40 degrés ; l'enfant se plaint de céphalée vague ; de douleurs subaiguës dans l'abdomen. Le ventre est normal, un peu douloureux à la pression. Il n'existe pas de taches rosées, la rate n'est pas sensiblement hypertrophiée.

On pense à la dothiéntérie, le diagnostic n'est pas confirmé par le séro-diagnostic qui est franchement négatif. A partir du 24 mai, la température se met à faire de grandes oscillations : la céphalée s'exagère et se localise aux tempes. Un peu de somnolence apparaît le 28 mai. Le 29 l'enfant fait sa première crise convulsive. Les signes de méningite sont très nets. L'autopsie confirme ce diagnostic.

OBSERVATION X (*Id.*).

Une fillette de huit ans se présente le 25 février 1899, à notre examen.

Elle n'a pas d'antécédents pathologiques.

Depuis huit jours, elle présente une lassitude générale et des maux de tête fréquents qui l'obligent à s'aliter.

Elle a vomé trois fois et se plaint de douleurs dans le ventre. La température oscille autour de 39 degrés. Pas de signes méningés.

Pensant à une typhoïde, nous recherchons avec soin les taches rosées qui sont absentes. La rate un peu grosse, déborde les fausses côtes. La diarrhée alterne avec la constipation. On perçoit quelques râles sibilants dans les poumons. A notre étonnement, le séro-diagnostic typhique est négatif. Le 2 mars, les oscillations thermiques s'accroissent. La constipation s'est installée.

25 mars. — L'enfant est somnolente, la température est de 38°8.

26 mars. — Les signes de méningite sont très nets (raidement de la nuque, céphalée, kernig, constipation). La malade meurt le 28.

L'autopsie montre un exsudat fibrineux, à la base du cerveau, un semis de granulations le long des sylviennes, des adénopathies trachéo-bronchiques anciennes ; pas de lésions typiques de l'intestin.

OBSERVATION XI (*id.*)

Une fillette de onze ans entre à la Clinique le 28 janvier 1906, pour une pyrexie dont le début remonte au 14.

On constate de la constipation, une douleur abdominale diffuse à la pression, quelques taches rosées, lenticulaires douteuses et une rate débordant légèrement le rebord des fausses-côtes ; au poumon, quelques signes de bronchite diffuse. Le diagnostic de dothiéntérie s'impose. Avant de baigner l'enfant, nous faisons son séro-diagnostic qui est absolument négatif. Nous songeons alors, instruit par nos cas antérieurs, à la thypho-bacillose. La séro-réaction tuberculose d'Arloing et P. Courmont est négative. La recherche du bacille de Koch dans le sang ne permet pas de l'isoler : la nature bacillaire de l'affection étant improbable, nous pensons à la paratyphoïde ; le séro-diagnostic paratyphique (Gaertner, Bryon) est également négatif (Ch. Lesieur). Cependant, dès le 8 février, la température fait de grandes oscillations, et nous cherchons en vain un foyer purulent capable de les expliquer, ce qui frappe, c'est que l'enfant supporte à ce point sa fièvre, c'est qu'elle est devenue gaie et demande même à manger. Mais l'état général est profondément atteint ; sous nos yeux, l'enfant a fondu littéralement.

20 février. — Malgré une alimentation assez substantielle, la malade est squelettique.

25 février. — La scène change. Les signes de méningite apparaissent et enlèvent l'enfant. On trouve, à l'autopsie quelques granulations méningées, et des ulcérations intestinales transversales, tuberculeuses, ne présentent à aucun degré l'aspect des ulcérations typhiques.

OBSERVATION XII (*id*)

Localisation tardive de la typho-bacillose sur les plèvres

Le début de l'affection se fit en janvier 1907 par de la céphalée, de la prostration, des troubles digestifs, des douleurs abdominales.

Le diagnostic de fièvre typhoïde fut porté avec quelque hésitation, en l'absence de taches rosées. Le séro-diagnostic de Widal fut négatif ; après avoir fait un plateau autour de 39 degrés, de plus grandes oscillations apparurent et la localisation se fit seulement au début de mars sous la forme d'une pleurésie gauche tuberculeuse diagnostiquée par la ponction suivie d'examen cytologique et par la radioscopie.

OBSERVATION XIII (*id*)

Localisation tardive de la typho bacillose sur le péritoine

Une enfant de six ans entre à la clinique le 10 juillet 1909, avec de la céphalée, des douleurs abdominales, de la diarrhée, un facies prostré, une langue saburrale, avec piqueté sur les bords, d'aspect typhique remontant à dix jours environ.

Le ventre est normal, peu tendu. Il n'y a pas de gargouillement dans les fosses iliaques, pas d'hypertrophie splénique certaine. A l'entrée, on ne distingue pas de taches rosées ; le lendemain, trois taches apparaissent sur la paroi abdominale, mais ne sont pas absolument typiques. La température se maintient autour de 39 degrés. Le 11 le malade a eu quatre selles. Le 13, l'hypertrophie splénique est nettement constatée. On pense à la fièvre typhoïde, mais la séro-réaction de Widal est absolument négative. Depuis le 13 jusqu'au 1^{er} août l'état reste à peu près le même, à cela près que la température fait de grandes oscillations.

1^{er} août. — La température tend à baisser aux environs de 38 degrés. La malade commence à présenter un léger ballonnement du ventre.

3 août. — L'abdomen est nettement ballonné ; la partie sous-ombilicale est très sensible à la pression et se défend à la palpation.

6 août. — La péritonite tuberculeuse est certaine (gâteaux péritonéaux). Le diagnostic est confirmé par M. Nové-Josserand.

OBSERVATION XIV (*id.*)

Chez un enfant de neuf ans que nous vîmes quinze jours après le début de son affection, nous relevâmes de la céphalée, des épistaxis, des vomissements, de la diarrhée avec forte fièvre (39°9-40) une langue saburrale, un état typhique, tous symptômes parlant en faveur de la dothiénentérie.

Cependant les taches rosées et la splénomégalie manquaient. Le séro-diagnostic typique était négatif.

Trois semaines après le début, la température devient oscillante (allant de 37°7 à 40°2) laissant à l'enfant un état relativement satisfaisant.

Au bout de un mois et demi apparurent les symptômes typiques d'une péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION XV (*id*)

Localisation tardive de la typho-bacillose sur le poumon

Une enfant de quatre ans et demi (nous citons ce cas en raison de son caractère relativement exceptionnel) entre le 13 mai 1905 à la clinique, se plaignant de maux de tête accompagnés de vomissements alimentaires, ayant débuté le 6 mai.

L'enfant est fébrile depuis ; elle est aussi somnolente. La température oscille autour de 39 degrés ; la malade se plaint du ventre, et présente de la diarrhée ; les selles sont liquides, jaunâtres ; la langue est saburrale, rouge sur les bords. Il n'existe ni ulcération pharyngée, ni taches rosées. La rate n'est pas sensiblement hypertrophiée. En raison de l'état véritablement typhoïde dans lequel elle est plongée, on fait a séro-réaction de Widal, qui est négative. Songeant alors à une bacillose possible on pratique la radioscopie qui montre un poumon parfaitement transparent. Cependant le séro-diagnostic tuberculeux est nettement positif.

A partir du 20 mai, la température fait de grandes oscillations. Cette fièvre est alors parfaitement supportée, le 5 juin elle monte à 40 degrés, et pourtant l'enfant joue et dort bien.

Jusqu'au 8 juin, l'auscultation reste négative. Ce jour-là, on constate de l'augmentation des vibrations et de l'obscurité respiratoire au côté droit.

10 juin. — Apparaissent des râles sous-crépitants métalliques à ce niveau.

OBSERVATION XVI (*id*)

Le 6 novembre dernier, entrain, à la Clinique médicale infantile, une enfant de quatorze ans, dans les antécédents héréditaires et personnels de laquelle l'interrogatoire le plus minutieux ne permettait de découvrir aucune trace de bacillose. Elle avait eu la coqueluche à six mois, la rougeole à cinq ans, la scarlatine à six ans. Depuis ces affections, sa santé avait été bonne, et elle était devenue une belle et forte fille.

24 octobre 1908. — La maladie qui nous l'amenait avait débuté par des frissons avec céphalée, sans vomissements ni diarrhée. La faiblesse s'aggravant, elle vint à l'hôpital. On lui trouva, à l'entrée, un facies jaune, abattu, une langue sèche, des lèvres fuligineuses, sans ulcérations des piliers du voile.

Son abdomen présentait un météorisme très net, sans douleur localisée, sans gargouillement cæcal. Les symptômes étaient donc plutôt négatifs, mais l'abattement et l'aspect typhique nous faisaient rechercher avec soin tous les signes de la dothiéntérie. Les taches rosées manquaient, mais la matité splénique était augmentée; il existait, comme il est presque de règle dans la fièvre typhoïde, des signes de bronchite diffuse aux deux poumons, sans rien de net à leurs sommets. Le poulx battait régulièrement

à 116. Les bruits du cœur étaient forts, claqués. La température était de 39°8 à l'entrée et s'élevait à 40°6 le soir. Les urines ne présentaient pas d'albumine. A quelques nuances près, le diagnostic de fièvre typhoïde s'imposait, en raison surtout de l'état profondément typhique dans lequel la malade était plongée, de la haute température et de la splénomégalie.

Contrairement à notre attente, le séro-diagnostic typhique (Policard) fut douteux (agglutination faible à 1 pour 20, nulle à 1 pour 50). La culture du sang en bouillon (suivant le procédé préconisé par M. le professeur J. Courmont) fut également négative. L'état resta le même les jours suivants, la température oscilla entre 39 et 40 degrés, présentant à peu près les oscillations classiques des dothiémentéries (différence de 5/10 à 6/10 du matin au soir).

La malade était légèrement constipée. Jusqu'au 13 novembre, le diagnostic demeura indécis. Ce jour-là, apparaît le premier symptôme positif : un point de côté à la base droite. A ce niveau, la percussion ni l'auscultation ne décèlent rien d'anormal. Même absence des symptômes physiques les 14, 15, 16 novembre. Le 17, le point de côté persiste encore, mais on note, en outre, à la base droite, de la matité, de l'abolition des vibrations, un souffle intense, surtout expiratoire, et de la pectoriloquie aphone. Depuis le 13 novembre d'ailleurs, les oscillations thermiques ont beaucoup augmenté d'amplitude. Elles se font entre 38 degrés et 39°8. Le diagnostic clinique de pleurésie s'impose : une ponction exploratrice le confirme en ramenant un liquide citrin séro-fibrineux. Cette pleurésie, dans son évolution, revêt tous les caractères de la pleurésie tuberculeuse. L'examen cytolo-

gique montre une lymphocytose très nette avec quelques globules rouges et de rares polynucléaires, des placards endothéliaux et pas de microbes.

L'ophtalmo-réaction tuberculeuse est positive, mais faible une première fois (1^{er} décembre); elle se montre forte et apparaît, au contraire, rapidement à la seconde réaction (4 décembre), sans doute en raison de la sensibilisation de l'organisme.

M. P. Courmont a bien voulu se charger lui-même de faire le séro-diagnostic tuberculeux de l'enfant, qui s'est montré très positif à 1/10.

L'examen radioscopique a, de tous points, confirmé notre diagnostic en montrant une belle courbe de Damoiseau.

Du jour où la manifestation pleurale apparut au cours de la pyrexie, notre diagnostic fut porté avec certitude. Nous avons eu affaire non à une fièvre typhoïde (absence de séro-diagnostic, culture de sang négative, absence de taches rosées), malgré l'habitus général de la malade, la grosse rate, la courbe thermique, mais bien à une typho-bacillose de Landouzy avec localisation pleurale secondaire des mieux caractérisées. La fièvre était apparue le 24 octobre avec son cortège typhique, et ce n'est que le 17 novembre que la localisation révélatrice de sa nature se produisit.

Le diagnostic de typho-bacillose fut, dans notre cas, non seulement confirmé par l'apparition d'une pleurésie tuberculeuse, mais aussi par les localisations ultérieures de la bacillose, minutieusement suivie par l'examen radioscopique. L'épanchement pleural, qui était au maximum le 24 novembre, s'est résorbé spontanément sans ponction évacuatrice. Le 22 décembre, on ne note plus d'épanchement, mais appa-

raissent les ombres très nettes de ganglions trachéo-bronchiques. La malade tousse toujours d'une toux sèche, sans expectoration. L'examen radioscopique montre, le 4 janvier, outre les ganglions, un sommet gauche très gris et un sommet droit un peu obscur. L'auscultation fait d'ailleurs entendre, au sommet gauche, une expiration granuleuse sans signes accentués. La température est irrégulière et oscille entre 37 degrés et 38 degrés. Notre malade venait d'entrer dans la tuberculose par une longue manifestation typho-bacillaire.

OBSERVATION XVII

(Townsend. — *Arch. of Pediatrics*, XXIII, 1906, 1.)

Un enfant de neuf mois, sans aucune tare héréditaire, bien portant et particulièrement bien surveillé au point de vue de la nourriture est pris subitement de fièvre, de vomissements, d'agitation, de mouvements de tête; on lui trouve une otite moyenne légère et la ponction du tympan laisse écouler de la sérosité; un peu plus tard, on ponctionne de même la seconde oreille; il en résulte une détente nette des symptômes, mais aucune diminution de la température. Cet état fébrile n'est éclairé ni par l'examen phonique, ni par l'analyse des urines, ni par l'examen du sang tant au point de vue de sa composition qu'au point de vue de la recherche des parasites. La courbe thermique fut à peu près celle d'une fièvre continue avec chute pendant quelques jours, puis reprise et ascension terminale. Après neuf semaines de maladie, l'enfant réduit à l'état de squelette, succomba.

On avait porté le diagnostic de la tuberculose probable et

il restait simplement à savoir quelle avait été la source de l'infection chez cet enfant sain, dont l'entourage et l'hérédité n'étaient pas suspects et quelle avait été la porte d'entrée de l'agent infectieux.

A l'autopsie, on trouva dans un poumon, juste au-dessous de la plèvre, deux petits foyers de pneumonie caséuse. Les anses intestinales étaient agglutinées par de fausses membranes grisâtres, le grand épiploon et le mésentère étaient infiltrés de masses caséuses.

Il existait en outre, et particulièrement au niveau d'ulcérations superficielles de l'iléon, des fausses membranes très épaisses et infiltrées de masses caséuses.

Histologiquement, les formations étaient constituées par du tissu fibreux, avec amas de cellules homogènes plus ou moins dégénérées, ayant, par places, l'aspect de cellules épithélioïdes, sans qu'on pût voir de cellules géantes ni de nodules tuberculeux nets; cependant, on trouva de nombreux bacilles de Koch. Les coupes des parois de l'intestin et des masses mésentériques analogues à des ganglions caséux présentaient des amas de cellules épithélioïdes avec des parties caséuses et quelques cellules géantes. L'auteur, avec de Schnitz, Dorante et Shroeder admet la possibilité de l'infection par le bacille bovin, et il pense que l'enfant absorba sans doute du lait bacillifère et que l'infection se fit au niveau des points de l'intestin où se voyaient les ulcérations, pour gagner, par continuité, le péritoine.

CONCLUSIONS

1° La typho-bacillose est relativement fréquente chez l'enfant ; il est vraisemblable qu'il faut lui rattacher nombre de cas étiquetés par les auteurs : *fièvre catarrhale, rhumatismale ou saisonnière* ;

2° Elle peut succéder, en principe, à n'importe quelle localisation de la tuberculose. Mais, en fait, elle est presque toujours la conséquence d'une adénopathie trachéo-bronchique ;

3° Cliniquement elle se caractérise par les éléments suivants :

a) Apparition d'accidents fébriles chez un sujet dont les antécédents héréditaires ou personnels sont entachés de tuberculose ;

b) Fièvre à type continu ;

c) Concomitance de phénomènes typhoïdes ;

d) Signes plus au moins évidents d'adénopathie trachéo-bronchique.

La maladie peut guérir ; plus souvent, peut-être, elle se termine par une poussée de méningite tuberculeuse ;

4° Le diagnostic n'est en aucune façon aidé par les méthodes de laboratoire : celles-ci permettent seulement de dire que les accidents fébriles ont évo-

lué chez un sujet tuberculeux, mais ils ne donnent en aucune façon la possibilité d'exclure la fièvre typhoïde, car celle-ci, comme le démontrent de nombreux exemples, peut survenir chez cet enfant lymphatique ou franchement tuberculeux. Il faudra donc tenir le plus grand compte de la façon dont a débuté la maladie et conclure catégoriquement en faveur de la tuberculose si l'on constate un amaigrissement précoce, de la dyspnée, de l'hyperesthésie cutanée et une tachycardie extrême.

Vu : le Président de la thèse

HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Apert. — Maladies des enfants.

Aviragnet. — Thèse de Paris, 1893, et Traité Grancher-Comby, 2^e édition.

Bonnemaison. — Clinique médicale, 1874.

Espine (d') et Picot. — Traité pratique des Maladies de l'enfance, 6^e édit., 1900.

Filatow. — Diagnostic et Séméiologie des maladies de l'enfance, trad. Périer.

Hérard et Cornil. — Traité de la Phtisie pulmonaire. Paris, 1867.

Hutinel. — Les Maladies des enfants, t. II. Revue de la Tuberculose, février 1910.

Landouzy. — Clinique de la Charité, 1883-1886. Semaine médicale, 3 juin 1861. Congrès de la Tuberculose, 1891. Presse Médicale, 24 oct. 1908.

Landouzy et Læderich. — Presse médicale, 29 juillet 1908, n° 61.

Leudet. — Cité par Bonnemaison.

Nobécourt. — Précis de Médecine infantile.

Pidoux. — Cité par Bonnemaison.

Pistre. — Cité par Weill et Mouriquand.

Rilliet et Barthez. — Traité clinique et pratique des Maladies des enfants, 2^e édit., t. III, 1854.

Thiriet. — Journal de Méd. de Trousseau, 1844, p. 129.

Unger. — Manuel de Pédiatrie, trad. française, etc.

Welshe. — A practical treatise on the diseases of the lung, 1851, p. 409.

Weill et Mouriquand. — Presse médicale, 27 nov. 1909.

West. — Leçons sur les Maladies des enfants, trad. Archambault.

